

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- LYON -

Année 1972 - N°102

L'ASTHME GRAVE DE L'ADULTE  
DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE A LA PATHOLOGIE DU NARCISSISME

T H E S E

présentée

à l'Université Claude Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 23 JUIN 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard A. COCHE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 7 janvier 1942

à Lyon 6e



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- LYON -

Année 1972 - N°102

L'ASTHME GRAVE DE L'ADULTE  
DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE A LA PATHOLOGIE DU NARCISSISME

THESE  
présentée

à l'Université Claude Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 23 JUIN 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard A. COCHE

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 7 janvier 1942

à Lyon 6e

Digitized by the Internet Archive  
in 2026



L'ASTHME GRAVE DE L'ADULTE

DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

A LA PATHOLOGIE DU NARCISSISME

Bernard A. COCHE



## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : J. BOIDIN

- Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : M. IZAUTE

### Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université de Médecine

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| Grange-Blanche | Directeur : Professeur GERMAIN D. |
| Alexis-Carrel  | Directeur : Professeur GIROD C.   |
| Sud-Ouest      | Directeur : Professeur TOLOT F.   |
| Lyon-Nord      | Directeur : Professeur BERTOYE A. |

|                                                    |                                                              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Biologie Humaine                                   | Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de Conférences Agrégé.) |
| Techniques de Réadaptation                         | Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P.                       |
| Sciences Pharmaceutiques                           | Directeur : M. CARRAZ M. (Maître de Conférences Agrégé).     |
| Sciences odontologiques                            | Directeur : Docteur VINCENT R.                               |
| Institut Régional d'Education Physique et Sportive | Directeur : Professeur GUILLET R.                            |
| Mathématiques                                      | Directeur : Doyen BRACONNIER                                 |
| Physique                                           | Directeur : Professeur DUFAY                                 |
| Chimie et Biochimie                                | Directeur : Professeur GAUTHERON                             |
| Sciences de la Nature                              | Directeur : Professeur DAVID L.                              |
| Biodynamique et Psychopédagogie                    | Directeur : Professeur CHANEL J.                             |
| Institut universitaire de technologie n 1          | Directeur : Professeur FEUVRAIS L.                           |
| Institut universitaire de technologie n 2          | Directeur : Professeur GALLET, Directeur ENSAM.              |
| Observatoire                                       | Directeur : Professeur BIGAY J.H.                            |
| Physique nucléaire                                 | Directeur : Professeur SARRAZIN A.                           |



## RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE L'U. E. R. ALEXIS CARREL

(COLLEGE A)

### 1er Cycle :

|                                               |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Anatomie                                      | M. le Professeur BOUCHET Alain                 |
| Biologie                                      | M. le Professeur GIROD Christian               |
| Chimie-Biochimie                              | M. le Professeur COLOBERT Louis                |
| M. NOFRE Claude, Maître de Conférences Agrégé | M. NOFRE Claude, Maître de Conférences Agrégé  |
| Histologie-Embryologie                        | M. le Professeur GIROD Christian               |
| Mathématiques et Statistiques                 | M. SITE Jean, Maître de Conférences Agrégé     |
| Physiologie                                   | M. PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé |
| Physique-Biophysique                          | M. le Professeur BERGER Michel                 |
| Psychologie médicale                          | M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé  |
| Sciences Sociales et Economie Médicale        | M. le Professeur ROCHE Louis                   |

### 2e Cycle :

|                                   |                                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| Anatomie pathologique             | M. le Professeur TOMMASI Michel                      |
| Bactériologie                     | M. LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé        |
| Cardiologie                       | M. FLEURETTE Jean, Maître de Conférences Agrégé      |
|                                   | M. le Professeur FROMENT Roger                       |
|                                   | M. le Professeur GONIN André                         |
|                                   | M. le Professeur MARET Gilbert                       |
| Chirurgie digestive               | M. le Professeur GOINARD Pierre                      |
| Chirurgie générale                | M. le Professeur LIARAS Henri                        |
|                                   | M. DESCOTES Jacques, Maître de Conférences Agrégé    |
| Chirurgie infantile               | M. DAUDET Maurice, Maître de Conférences Agrégé      |
| Chirurgie osseuse et orthopédique | M. le Professeur DE MOURGUES Georges                 |
|                                   | M. COMTET Jacques, Maître de Conférences Agrégé      |
|                                   | M. MOULIN Georges, Maître de Conférences Agrégé      |
| Dermatologie                      | M. le Professeur MORNEX René                         |
| Endocrinologie                    | M. BEL André, Maître de Conférences Agrégé           |
| Gastro-entérologie                | M. HERMIER Michel, Maître de Conférences Agrégé      |
| Génétique générale                | M. X                                                 |
| Gynécologie                       | M. MOREL Pierre, Maître de Conférences Agrégé        |
| Hémobiologie                      | M. SEPETJIAN Maurice, Maître de Conférences Agrégé   |
| Hygiène                           | M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce |
| Maladies infectieuses             | M. le Professeur REVOL Louis                         |
| Maladies du sang                  | M. le Professeur MORNEX René                         |
| Médecine expérimentale            | M. le Professeur ROCHE Louis                         |
| Médecine légale                   | M. le Professeur BOURRET Jacques                     |
| Médecine du Travail               | M. FRANCOIS Bernard, Maître de Conférences Agrégé    |
| Néphrologie                       | M. le Professeur MANSUY Louis                        |
| Neuro-chirurgie                   | M. le Professeur DEVIC Michel                        |
| Neurologie                        | M. AIMARD Gilbert, Maître de Conférences Agrégé      |
| Obstétrique                       | M. GARMIER René, Agrégé                              |



|                         |                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|
| Ophtalmologie           | M. PAUPERT-RAVAULT Maurice, Maître de Conférences Agrégé |
| Oto-Rhino-Laryngologie  | M. le Professeur MOUNIER-KUHN Pierre                     |
| Parasitologie           | M. X                                                     |
| Pédiatrie               | M. le Professeur FRANCOIS René                           |
| Pharmacologie           | M. X                                                     |
| Pneumo-Phtisiologie     | M. TOURAINE Roger, Maître de Conférences Agrégé          |
| Psychologie             | M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé            |
| Radiologie              | M. BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé          |
|                         | M. CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé           |
| Rhumatologie            | M. MEUNIER Pierre, Maître de Conférences Agrégé          |
| Sémiologie chirurgicale | M. le Professeur FRANCILLON Jacques                      |
|                         | M. VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé          |
| Sémiologie médicale     | M. VIALA Jean-Jacques, Maître de Conférences Agrégé      |
| Stomatologie            | M. le Professeur FREIDEL Charles                         |
| Urgence-Réanimation     | M. DELEUZE Raymond, Maître de Conférences Agrégé         |
|                         | Mme ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé       |
| Urologie                | M. CIBERT Jacques, Maître de Conférences Agrégé          |



#### EXAMINATEURS DE LA THESE

|            |                                     |
|------------|-------------------------------------|
| Président  | M. le Professeur P.F. GIRARD        |
| Assesseurs | M. le Professeur Agrégé J. GUYOTAT  |
|            | M. le Professeur Agrégé R. TOURAINE |
|            | M. le Professeur Agrégé C. BOURRAT  |
|            | M. le Professeur Agrégé J. COSNIER  |



*A LA MEMOIRE DE MA MERE*



*A MON PERE*

*Il a montré la Voie. Par la profondeur de ses qualités humaines au service inlassable des siens et de la médecine, il nous restera exemplaire.*

*A MON ONCLE, le Docteur Henri FELIX, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce*

*L'étendue de sa science, la rigueur de son esprit, la générosité de sa démarche, son inépuisable affection nous ont toujours guidé.*

*A MA MERE*

*A MA FEMME*

*A MES FILS*

*A MA FAMILLE*

*A MES BEAUX-PARENTS*

*La fidélité de leurs sentiments, l'authenticité des liens qui nous unissent furent de tous temps un bien précieux.*

*A MES AMIS*

*Que nous ayons partagé une tumultueuse adolescence ou que nous nous soyons rencontrés plus tard, nous poursuivons le même chemin.*



*A NOTRE PRESIDENT DE THESE*

*M. le Professeur P.F. GIRARD*

*L'originalité de son humour, son sens paradoxal de la logique, sa brillante démarche clinique nous ont séduit. Par la bienveillance de son accueil, son permanent soucis d'équité, sa très grande bonté, nous lui sommes resté respectueusement attaché.*



## A NOS JUGES

M. le Professeur J. GUYOTAT

*Bien que n'ayant passé que six mois dans son service, nous avons longtemps suivi son enseignement et apprécié l'inspiration de sa réflexion, son sens du dialogue, son respect de la liberté des autres. Il nous accueille toujours avec confiance et bienveillance, et nous le remercions d'avoir accepté de relire cette thèse et de la juger. Qu'il trouve ici le témoignage de notre profond dévouement.*

M. le Professeur R. TOURAINE

*C'est dans son service que cette thèse a été réalisée. L'ouverture de son esprit éloigné de tout préjugé, son souci de rigueur scientifique et de perfection, l'honnêteté qui préside à sa recherche nous ont à la fois stimulé et réconforté. Nous le remercions de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à ce travail.*

M. le Professeur C. BOURRAT

*Sensible à la finesse de son esprit curieux et cultivé, à la simplicité dont il témoigne dans les rapports humains, à sa bienveillante cordialité, nous l'assurons de notre gratitude pour les encouragements qu'il nous a prodigués.*

M. le Professeur J. COSNIER

*Grâce à lui nous avons découvert les finesses de la psycholinguistique à travers un raisonnement rigoureux et une pensée féconde. Nous le remercions de l'écoute attentive qu'il nous a toujours offerte, ainsi que de l'aide qu'il nous a apportée.*

*Aux malades qui nous ont permis de réaliser ce travail.*



*A M. le Professeur M. COLIN*

*Il sait donner une dimension intellectuelle à l'événement toujours renouvelé de l'Urgence Psychiatrique et en dominer les multiples aspects.*

*Nous le remercions de son enseignement.*

*A M. le Professeur J.J. VIALA*

*Par l'intérêt qu'il porte tant aux médecins qu'aux psychiatres et à leurs malades souvent communs, il nous rappelle qu'il n'existe qu'une Médecine.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.*



*A M. le Docteur P. HAOUR*

*Travailler avec lui fut plus qu'un plaisir. Nous avons admiré l'universalité de sa curiosité, la richesse de son inspiration, l'audace de sa pensée.*

*Nous le prions de croire en la fidélité de nos sentiments.*

*A M. le Docteur J.P. BERNARD*

*Nous avons abusé de son extraordinaire gentillesse, de son temps et de ses connaissances. Il nous a appris ce qu'être disponible veut dire.*

*A M. le Docteur P. DUBOR*

*Parce qu'il maîtrise son savoir et sa parole, il nous a beaucoup donné.*

*A M. le Docteur G. ROCHER*

*Nous avons apprécié la perspicacité de son raisonnement, son extrême sens de l'hospitalité, son amour pour le Surréalisme.*



*A Messieurs les Docteurs* A. BEAUPERE  
J. CORNILLON  
M. FAVRE-TISSOT  
P. MOREAU  
R. REYSS-BRION

*Ils ont bien voulu nous témoigner une amicale sollicitude, nous  
faire bénéficier de leurs connaissances et de leur expérience.  
Qu'ils en soient remerciés.*



*A NOS MAITRES D'EXTERNAT*

*M. le Professeur M. DARGENT*  
*M. le Professeur A. TRILLAT*  
*M. le Professeur J. GUYOTAT*  
*M. le Professeur L. ROCHE*  
*M. le Professeur G. VIGNON*  
*M. le Professeur P. GUINET*  
*M. le Professeur A. GARDE*  
*M. le Professeur P.F. GIRARD*

*A NOS MAITRES D'INTERNAT*

*M. le Professeur R. TOURAINE*  
*M. le Docteur A. FOURNET*  
*M. le Professeur J.J. VIALA*  
*M. le Professeur M. COLIN*  
*M. le Professeur R. FRANCOIS*  
*M. le Professeur P. MONNET*

*C'est à eux que nous devons notre formation médicale. Leurs  
leçons de clinique nous seront toujours précieuses.*



*A mes camarades d'Internat dans les Hospices Civils de Lyon.*

*A l'équipe médicale et infirmière du service de M. le Professeur  
TOURAINÉ.*

*A l'équipe du Pavillon N bis de l'Hôpital Edouard Herriot*

*A J.D. GRANGE avec qui nous avons partagé les difficultés de la  
préparation de l'Internat.*



*« Tout ce que nous connaissons de grand nous vient des nerveux. Ce sont eux et non pas d'autres qui ont fondé les religions et composé les chefs d'œuvre. Jamais le monde ne saura tout ce qu'il leur doit et surtout ce qu'eux ont souffert pour le lui donner. »*

*Marcel PROUST*

**L'ASTHME GRAVE DE L'ADULTE  
DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE  
A LA PATHOLOGIE DU NARCISSISME**



## INTRODUCTION



L'asthme est une maladie ambiguë, la plus ambiguë peut-être des maladies psychosomatiques,

- parce que, baptisé au siècle dernier «névrose respiratoire», il ne se manifeste tout d'abord que par des troubles fonctionnels paroxystiques, mais est susceptible d'évoluer vers une atteinte organique permanente ;

- parce que, d'étiologies multiples (allergique, infectieuse, climatique, hormonale et psychologique), chaque malade se différenciera d'un autre dans son histoire clinique par l'association quantitative et qualitative qu'il réalisera de tous ces facteurs ;

- parce qu'enfin, cette histoire clinique peut prendre une tournure tragique, conduisant le malade à la chronicité et parfois à la mort, et que, lors de son passage à l'hôpital, on constate que les «facteurs psychologiques» représentent sinon le primum movens de ce destin, du moins le dénominateur commun à tous.

Aussi, pour l'asthme grave, encore plus que pour toute autre maladie, «il est possible que les causes matérielles : toxines, microbes, etc... habituellement invoquées, ne soient que des causes secondes et que la déterminante primordiale soit cachée beaucoup plus loin dans les profondeurs de la vie psychique». (\*)

Enfin, son caractère éminemment dramatique vient de ce que l'asthme intéresse le souffle, acte étroitement lié à toute l'affectivité (Alexander) et qu'il atteint d'emblée la manière dont l'individu se conçoit et se projette dans le monde, constituant «un événement existentiel comparable à certaines aventures de noyade, d'asphyxie (23) il est vécu par le malade comme une réduction de son «périmètre de sécurité», tant dans l'espace que dans le temps, périmètre qui va bientôt épouser les murs de sa chambre d'hôpital.

Ainsi, du fonctionnel à l'organique, de l'accidentel au chronique, du libre à l'alinéné, l'asthme s'impose comme la plus exemplaire des maladies psychosomatiques.

---

(\*) ALLENDY cité par MENKÉS



ASTHME  
ET PSYCHO SOMATIQUE



Considérant la médecine psychosomatique en tant qu'«approche opérationnelle à la théorie et à la pratique de la médecine dans laquelle la structure et la fonction de l'appareil psychique sont traités comme une variable de la pathologie (\*), il serait nécessaire d'écarter d'emblée les théories accordant à la psychogénèse un rôle exclusif dans l'origine et le développement de l'asthme. Cependant, du fait de certaines équivoques et du sens que peuvent acquérir les relations entre psyché et soma au cours de la maladie, aucune théorisation du problème ne saurait être rejetée d'emblée.

C'est pourquoi, nous envisagerons successivement l'apport de divers modes de pensée, que l'on peut regrouper grossièrement en trois catégories :

- les théories explicatives mécanistes pour lesquelles l'homme et son comportement, tant volontaire qu'involontaire, s'expliquent par des systèmes de fonctionnement de type mécanique, qu'il soit anatomo-physiopathologique (organogénèse), intégrateur (cybernétique) ou cortico-neuro-viscéral (réflexologie) ;
- les théories explicatives psychanalytiques qu'elles soient dérivées des conceptions de l'hystérie ou des schémas dynamiques d'Alexander, telle que la conception «opératoire» de Marty ;
- l'apport de l'analyse existentielle, tentative de compréhension particulièrement originale, développée par M. Boss et reprise par O. Loras.

Nous aborderons ensuite les problèmes de l'évolution vers la chronicité et de l'incidence psychologique de l'hospitalisation avant de proposer un schéma global du système psychosomatique de l'asthmatique tel qu'il résulte des études exposées précédemment.

---

(\*) Margolin et Kaufmann, cités par J. Pellet et J. Cotreaux, 43.



## I. LES THEORIES EXPLICATIVES MECANISTES

### L'ORGANO-DYNAMISME

L'ORGANO-DYNAMISME de H. EY (14) repose sur le postulat selon lequel «la maladie est toujours organique dans son étiologie», le processus organique étant constitué des facteurs héréditaires, congénitaux ou acquis. La constitution du tableau clinique dépendra alors du degré de dissolution des fonctions psychiques, cette dissolution s'accompagnant d'une réorganisation à un niveau inférieur dans la hiérarchie des processus mentaux acquise génétiquement par stratifications successives.

L'altération de la personnalité peut donc se faire selon deux axes. L'un, diachronique, concerne la structure de la conscience et correspond à des vécus psycho-pathologiques. Les dissolutions concerneront successivement l'intégration sociale, l'intégration instinctuelle et affective, l'organisation perceptive du monde extérieur et intérieur, les fonctions intellectuelles fondamentales. L'autre, synchronique, intéresse les différents stades historiques de maturation de la personnalité.

Cette position comporte divers aspects intéressants : repoussant «à la fois le dualisme qui sépare trop et le monisme qui ne sépare pas assez le psychisme de la vie», il conçoit l'individu comme «devenir», siège d'une dialectique des rapports du physique et du moral». Cette «hypothèse psycho-biologique» admet la notion moderne par excellence de terrain, ensemble de facteurs actuels ou constitutionnels, et pour elle «le conflit psychique n'acquiert une valeur pathogène que sur certains terrains». (\*).

Elle élimine donc «toute psychogénèse pure, c'est-à-dire le pouvoir exclusivement pathogène de l'Inconscient». Enfin, elle souligne l'importance dans la maladie de différents niveaux de dissolutions de la vie de relation, notion qui paraît parfaitement applicable chez l'asthmatique, en ce qui concerne son vécu aussi bien que sa régression.

On y trouve donc les termes fondamentaux de terrain et de conflit psychique mis en présence pour déterminer un devenir essentiellement dynamique, appréhendé dans une optique phénoménologique. Cependant, l'inconscient n'y trouve ni la place qui lui convient en tant que partie d'une structure, ni le rôle fondamental que lui propose la psychanalyse.

### LA CYBERNETIQUE

«La Médecine cybernétique, c'est la médecine qui utilise la cybernétique pour le diagnostic, le traitement ou la compréhension d'une maladie» (DAVID, 11). La cybernétique propose donc un modèle de l'homme et de ses fonctions de type mécanique. Mais «elle ajoute à l'énergie et à la matière, la notion fondamentale d'information» (LABORIT, 31). L'information qu'il reçoit est coordonné par son cerveau et son système nerveux, jusqu'à ce que, après le processus convenable d'emmagasinement, de collation, de sélection, elle soit diffusée à travers les organes de l'action... (qui) à leur tour agissent sur le monde extérieur» (WIENER, 56). «Ainsi, les renseignements reçus par les organes sensoriels se combinent à la prévision de renseignements déjà emmagasinés pour influencer sur l'action future.»

---

(\*) S. Nacht, cité par EY.



Cette action sera déterminée par «des plans et des programmes qui ne se forment pas dans notre conscient, dont notre conscient ignore tout, et qui pourtant déterminent notre comportement» (UEXKULL, 53). Il faut cependant noter que le système cybernétique n'est pas tant capable d'apprécier l'aspect qualitatif de l'information que son aspect quantitatif.

Il s'agit donc d'un système doué de mémoire, capable de recevoir des informations de l'extérieur, et, les intégrant, de délivrer une réponse adaptée. La pathologie d'un comportement quelconque se situe donc au niveau de cette intégration du message par la «mémoire», et se traduit par une réponse inadéquate, dont «les multiples affections psychosomatiques qu'on peut aussi bien qualifier de limbo-somatiques» (LABORIT, 31).

Si le modèle cybernétique reste intéressant pour comprendre ou situer le mode d'action d'une chimiothérapie, l'impact d'un stimulus ou d'une information sur une «mémoire» sensibilisée, il ne tient pas compte de la finalité ou de la valeur économique d'une manifestation pathologique telle qu'une crise d'asthme ou d'une évolution vers la chronicité, c'est-à-dire de toute la dimension subjective qu'introduit la maladie dans un système dynamique. De plus, il se voit dans la nécessité de faire appel à la notion d'inconscient, notion qui lui échappe à peine est-elle utilisée.

## LA REFLEXOLOGIE

considère également que «l'homme est un système comme n'importe quel autre système de la nature, soumis aux lois inéluctables et communes à toute la nature» (PAVLOV, 41). Ce système est donc composé d'un cortex cérébral auquel tous les stimuli sensoriels, d'origine interne ou externe, aboutissent et induisent une réponse spécifique motrice, viscérale ou idéatoire, selon un mode inhibiteur ou activateur.

La notion de pathologie est introduite lorsque l'activité cérébrale est déséquilibrée ou «névrotique», selon le terme même de PAVLOV. Ce déséquilibre est provoqué chaque fois qu'une écorce cérébrale instable dans ses foyers d'excitation et d'inhibition est soumise à une surcharge nerveuse mettant en jeu de trop violents conflits d'opposition. Cette névrose corticale peut survenir :

- soit sur un terrain de faiblesse constitutionnelle,
- soit que cette faiblesse ait été acquise.

Outre le fait que les troubles observés peuvent être strictement psychomoteurs, il peut se produire au niveau viscéral une «activité désordonnée» tendant à prendre, si l'état névrotique se prolonge, les caractères d'un stéréotype fonctionnel pathologique systématisé, susceptible de retenir à son tour sur une écorce cérébrale perturbée.

Ainsi, la névrose n'est possible que dans certains cas, en fonction de ce qui sera appelé, selon les écoles de pensée, «terrain» ou «faiblesse corticale». D'ailleurs, l'existence de troubles du comportement affectif est notée dans la plupart des protocoles d'expérience et l'on peut penser qu'ils constituent un chaînon indispensable entre l'action des stimuli et leur répercussion somatique. C'est ainsi que chez l'homme, on constate que les psychoses s'accompagnent de répercussions somatiques moins fréquentes et moins riches que les névroses, l'affectivité étant conservée dans ces dernières.

Ces troubles psycho-affectifs, qui mettent en jeu les mécanismes de l'émotion, sont plus nocifs que les perturbations proprement idéatoires : le relais de l'émotion paraît nécessaire pour favoriser l'orientation vers la sphère somatique des processus corticaux. Aussi les signaux du



langage, deuxième système de signalisation de PAVLOV, semblent acquérir un pouvoir pathogène tout spécialement lorsqu'une sensibilité anormale leur attache une valeur symbolique qui retentit sur l'affectivité.

Des crises asthmatiformes expérimentales ont été obtenues chez divers animaux par de nombreux expérimentateurs dont BELECHINA en Russie, MASSERMAN et PECHTEL pour les anglo-saxons.

Chez l'homme, divers aspects sont à rapprocher de cette théorie :

- le «terrain de faiblesse corticale» ou d'anxiété diffuse, qui favorise l'établissement d'une réponse conditionnée (KNAPP et NEMETZ) ;
- le conditionnement stimulus - crise d'asthme, bien mis en évidence lorsque l'image ou le support de l'allergène sont susceptibles à eux seuls de provoquer une crise (KOURILSKY), ce qu'avait déjà observé TROUSSEAU sur lui-même ;
- enfin, l'émotion comme stimuli extéroceptif, qu'il s'agisse de situation, d'odeur ou d'excitation (WOLF et Collaborateurs) (\*).

Quoiqu'il en soit, la réflexologie Pavlovienne, essentiellement descriptive, ne fait que proposer une théorie explicative, fondée sur une expérimentation capitale mais impropre, comme le reconnaissait PAVLOV lui-même, à solutionner un certain nombre de problèmes pour lesquels il conseillait de s'adresser aux psychologues. Comme eux, il apporte cependant la notion de stéréotype fonctionnel (ou compulsion de répétition), mais il élude deux aspects importants du problème :

- la finalité du comportement pathologique (il s'agirait de «névroses d'adaptation actuelles» destinées à maintenir l'homéostasie par des conduites réductrices, en premier lieu sur le plan de la vie de relation ; conduites qui, si elles sont dépassées, aboutissent à des perturbations viscérales et métaboliques. (J. COSNIER, 10).
- la signification psychique de la sphère viscérale, importante partie du problème du phantasme.

La réflexologie cependant apporte sa contribution à l'étude de ces «cercles vicieux sans lesquels certaines maladies ne pourraient ni apparaître, ni encore moins durer» (S. NACHT, R. HELD, 39) et introduit aux thérapeutiques de déconditionnement.

---

(\*) Auteurs cités par J.M. ALBY et R. WOLFROMM - 1



## II. LES THEORIES EXPLICATIVES PSYCHANALYTIQUES

### LA PSYCHOGENESE HYSTERIQUE

Avec l'hystérie de conversion, FREUD aborde le problème de la psychogénèse du symptôme somatique. Celui-ci représente l'éventuelle participation corporelle

- à un mécanisme de défense vis-à-vis d'un affect refoulé, lui permettant de s'exprimer symboliquement. Ce symptôme présente donc des caractères spécifiques :
- il a un sens, car il représente la conversion de l'affect refoulé,
- il réalise une satisfaction pulsionnelle déguisée,
- il participe à la défense contre l'angoisse qu'entraînerait la satisfaction du désir, et possède donc une valeur économique.

Ce problème de l'hystérie en médecine psychosomatique a été repris successivement par G. GRODDECK, puis G. PARCHEMINEY, et surtout par C. BRISSET, d'ailleurs inspiré en partie de M. BOSS.

BRISSET (7) propose une évolution de l'hystérie au symptôme psychosomatique comme «l'aventure de la perte du sens dans la profondeur de l'organisme», en raison de l'évolution historique de conditions socio-culturelles responsables d'une «répression» de l'hystérie. Il est amené à distinguer divers degrés dans cet «enfouissement» du sens, dans cette altération du message aboutissant à sa destruction :

- premier stade : symptôme hystérique manifeste.
- deuxième stade : crise de somatisation hystéro-anxieuse caractérisée par des troubles fonctionnels au sein d'une angoisse flottante, et dont nous rapprocherons certaines dyspnées asthmatiformes.
- troisième stade : organisation hystéro-psychosomatique : asthme dans ses formes bénignes.
- dernier stade : somatisation complète : asthme grave.

Ce refoulement des affects «aboutit à couper le sujet en deux : d'un côté son corps malade, de l'autre son esprit lucide et cohérent (...) toute somatisation en effet diminue l'angoisse flottante. On pourrait dire que la somatisation apparaît dans son ensemble comme un moyen de lutter contre l'angoisse, mais là où l'hystérique va de l'angoisse au symptôme, le psychosomatique va de l'angoisse à la lésion et à la mort».

Proche de cette conception par certains aspects J. P. VALLABREGA (55) propose de ne pas confondre conversion et hystérie, la notion de conversion, mécanisme de défense non spécifique, pouvant s'appliquer tant à l'hystérie qu'à la psychosomatique, les deux termes n'ayant en commun que le mécanisme qui les produit.

Le symptôme est alors conçu comme une barrière entre le médecin et le malade, le fantasme étant «pris» dans le symptôme et concernant essentiellement le corps et ses fonctions.



## LA CONCEPTION DE F. ALEXANDER

s'oppose à celles dérivant de l'hystérie. En effet «c'est à tort que la théorie de conversion fut étendue à tous les troubles des viscères fonctionnant sous contrôle du système neuro-végétatif» (3). La personnalité est définie comme expression de l'unité de l'organisme. Une névrose d'organe n'est alors pas un mode d'expression, mais une réponse physiologique à la répétition d'une situation émotionnelle, réponse spécifique à la nature de l'émotion, mais qui admet la coexistence d'une méiopragie d'appel et d'un type particulier de «constellation affective» qui correspondrait à certaines innervations végétatives.

L'asthme est alors décrit (2) comme moyen de défense contre la peur de la séparation d'avec la mère ou d'avec son substitut, du fait d'un attachement excessif et non résolu. «Il est le désir d'être protégé, choyé» par une mère qui présente la coexistence d'une séduction inconsciente et d'un rejet. Ces caractéristiques expliquent le conflit que peut engendrer la puberté, le mariage, ou toute action demandant un effort d'indépendance, car entraînant une idée de culpabilité associée à celle de punition par le rejet. La crise d'asthme aurait une équivalence symbolique avec les larmes.

Cette position est cependant atténuée sur deux points :

- d'une part, ALEXANDER ne limite pas la notion de personnalité à un type précis («Nous avons donc trouvé, parmi les personnes atteintes d'asthme, plusieurs types de personnalité : d'une part, type agressif, ambitieux, raisonneur, audacieux et, d'autre part, des hypersensibles, des artistes. Certains asthmatiques présentent les caractéristiques des obsédés, d'autres sont surtout hystériques. Il serait vain d'établir un profil psychologique ; un tel profil n'existe pas.»)

- d'autre part, il admet la notion de poly étiologie par sommation nécessaire de stimuli, et propose même l'identité entre hypersensibilité à la séparation et aux allergènes comme «manifestations parallèles d'un même facteur constitutionnel de base».

C'est dans cette conception unitaire que se situe R. KOURILSKY considérant l'asthme comme manifestation psychophysiologique globale en réponse à certains conflits (28) et en particulier au conflit de frustration. Ce «conflit-clef», bloqué et inconscient, source d'une «émotion interne croissante» aboutit après quelque temps à des crises d'asthme majeures pouvant s'accompagner d'un désir d'autolyse (29).

On en rapprochera également les observations de SIVADON concernant les processus d'installation des névroses et des psychoses selon la «réponse en deux temps» (ou sensibilisation à un choc émotionnel, schéma-type de l'allergie) (\*).

Assez proche d'ALEXANDER si l'on ne prend en considération que les résultats cliniques de ses études (et puisque pour lui, de l'hystérie au psychosomatique en passant par le psychofonctionnel, le problème est essentiellement celui des possibilités de comportement en fonction de l'organisation névrotique (22), R. HELD apporte de nouveaux éléments à l'étude de l'asthmatique :

- des circonstances d'apparition, «rencontre entre les faits psychologiques et les faits de terrain», parmi lesquelles, il propose un type particulier de relation du sujet à une mère «asthmogène» ;

---

(\*) P. SIVADON cité par E. HENOCQ, 25.



- un type de personnalité qui en est la conséquence, caractérisé, comme pour tous les malades psychosomatiques, par une immaturité, une régression affective faite d'ambivalence et d'instabilité, régression anxiogène par excellence ;

- les crises paroxystiques sont alors issues de cette angoisse fondamentale à laquelle s'ajoutent des angoisses actuelles de type phobique, pouvant engendrer des «crises mixtes phobico-asthmiques irréversibles».

Mais HELD apporte encore deux éléments fondamentaux :

- l'aspect de toxicomanie de la dépendance médicamenteuse signant une régression de type oral ;

- la dynamique qu'introduit la maladie : la «restriction de liberté existentielle spatio-temporelle objective et de liberté instinctuelle», un sentiment d'infériorité s'accompagnant d'une résurgence du complexe de castration entraînent de graves frustrations, elles-mêmes source d'agressivité teintée de sado-masochisme dans laquelle le malade trouvera une importante part de ses bénéfices secondaires (23).

LA CONCEPTION OPERATOIRE de l'Ecole de Paris se situe également dans le cadre d'une reprise de la pensée d'ALEXANDER. Cette pensée qui s'étend à toute la psychosomatique définit le malade au niveau des carences psychiques : privé d'organisations névrotiques de défense et dont la vie mentale a perdu toute valeur fonctionnelle de par un déficit de la dimension symbolique, de l'activité phantasmatique. La personnalité est toute entière absorbée par «un objet intérieur somatique», la relation objectale étant remplacée par la relation au corps, dans une régression narcissique, et l'activité mentale privée de tout investissement libidinal effectif. Ainsi placé dans un tel cadre, le symptôme est privé de tout sens (35).

C'est dans cette pensée que P. MARTY décrit la relation objectale allergique (36). Elle se caractérise par un mouvement en deux temps du sujet à l'objet : captation puis aménagement de cet objet par projection et identification, mouvement aboutissant à une construction nouvelle et éventuellement à une régression.

Celle-ci est déclenchée électivement soit lorsque l'objet «révèle brusquement une qualité propre nouvelle qui se situe au-delà des possibilités plastiques d'identification du sujet», soit lorsque se révèlent «des incompatibilités majeures entre deux objets également investis». Cette régression peut aller jusqu'à des épisodes de type pseudo-psychotiques, et ne sera interrompue que par la survenue d'un nouvel objet (thérapeute en particulier) ou d'une crise d'asthme.

Ces mécanismes typiques seraient dûs à une fixation de type archaïque, éventuellement pré-natale, à un stade où le sujet forme avec le monde ambiant un tout indifférencié, cette fixation s'expliquant par la réponse de fœtus sur un mode humoral à des agressions survenant par les milieux de communication, notion qui s'apparente à celles développées par SPITZ (51) associant régression et «résomatisation». En ce sens, la maladie «dans la majorité des cas, est tout à la fois accidentelle et intentionnelle» (P. SCHILDER, 48). Il s'agirait donc de régressions globales, stabilisant le malade sur un plan tant somatique que comportemental.

Plus tard, MARTY tentait de classer l'allergie en fonction des degrés d'organisation et de régression observés en psychosomatique, et devait souligner l'intrication clinique possible avec les névroses de caractère (37).

Il eut été intéressant de compléter cette revue des principaux écrits psychanalytiques d'une étude inspirée de l'œuvre de M. KLEIN. On ne possède malheureusement pas pour l'asthme de travaux comparables à ceux de GARMA concernant les ulcères gastro-duodénaux (18).



### III. L'ANALYSE EXISTENTIELLE, TENTATIVE DE COMPREHENSION

Elle s'oppose dans ses principes à l'analyse Freudienne, mais, délaissant toute «psychomécanique», apporte des éléments de compréhension par l'étude du vécu, que M. BOSS étudie en référence à la pensée philosophique de M. HEIDEGGER ( 6 ).

«Le corps représente un des lieux de passage pour la réalisation de nos rapports avec le monde, rapports qui constituent l'existence». Celle-ci «se ramène à une évolution biographique humaine, à un développement, à un déploiement dans les relations aux choses qui le constituent, relations révélatrices du monde, relations d'action sociale, de volonté, de désir, de sentiment, de pensée. Dès lors, l'aspect corporel de l'homme (...) ne sera jamais autre chose que le mode physique des relations au monde, actuelles ou possibles, dans lesquelles réside le «Dasein» - que ce «Dasein» est. Une fois que l'homme a perdu la liberté de s'ouvrir au monde selon toutes ses possibilités, alors, ses relations, ne pouvant s'actualiser normalement, se rabattent (...) sur le domaine de la «corporéité» avant tout». C'est «l'enlissement» dans le corps qui est la cause, en fonction du «degré de recouvrement» de la relation au monde considéré, des symptômes allant de l'hystérie à l'organo-névrotique, et que BOSS oppose au refoulement (alors que BRISSET le reprend pour le compte de la psychanalyse). Le symptôme n'est donc plus «expression» d'un conflit, mais «actualisation» d'une relation autrement impossible.

Les résultats cliniques des études effectuées par ALEXANDER et WEISS sont corroborées par BOSS, qui propose de nouvelles remarques dans le sens d'un approfondissement de la compréhension du sujet :

- chaque fois que manque à l'asthmatique l'image protectrice de la mère, celui-ci se sent submergé par une angoisse de dissolution, de disparition, d'écrasement, car il perçoit le monde comme menaçant, bien que lui-même déchiqueté et chaotique.
- au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie, ce mécanisme de défense contre l'angoisse aboutit à un appauvrissement de la relation au monde, un rétrécissement existentiel. Poursuivant cette pensée à l'extrême, BOSS aurait pu sans doute dire que la maladie conduisait l'asthmatique au plus petit «rétrécissement», c'est-à-dire à la mort.

O. LORAS (34) devait reprendre ce type d'analyse pour expliquer l'asthme comme phobie du souffle, aboutissement d'une angoisse névrotique fixée sur un monde vécu comme éminemment agressif, cette manifestation respiratoire pouvant s'intégrer à la psychopathologie selon quatre modes différents :

- crises épisodiques, anxiété simple
- névrose sous-jacente organisée, dominée par des problèmes narcissiques,
- en alternance avec des périodes d'angoisse névrotique
- au sein d'une dépression d'allure mélancolique.

Quoiqu'il en soit, l'analyse existentielle apporte un élément important à l'étude de la psychopathologie, et tout particulièrement de l'asthme car le vécu propre à la maladie en influence l'évolution et ne peut être négligé dans une optique thérapeutique.



#### IV. LA CHRONICITE

Celle-ci peut être définie, à priori, comme une désinsertion socio-économique, soit du fait de la fréquence de répétition des crises, soit de par l'évolution vers une incapacité respiratoire permanente.

Mais dans sa cause, elle relève autant de la maladie que du malade, de son entourage et du médecin.

«La maladie chronique peut être décrite comme une structuration stable mais fermée... l'organisation de la personnalité est donc établie sans perspective de remaniement».

Ainsi, lorsque l'on considère l'économie du malade, la chronicité se définit comme le passage à un état de régression, régression du moi et régression instinctuelle. Dans cette étude (12) C. DURAND et P. C. RACAMIER distinguent deux modes d'évolution en fonction de la structure de la personnalité :

- les personnalités rigides, à affectivité figée, disposant d'une faible marge d'expression, n'ont d'autre «solution» que de basculer en bloc dans une chronicité définitive, leurs possibilités d'adaptation étant trop limitées. C'est également le cas chez des sujets à fortes tendances régressives passives et réceptrices.

- au contraire, les personnalités en équilibre psycho-affectif insatisfaisant, mais capables d'une certaine tolérance et également de régression brutale mais transitoire vont évoluer par crises, crises déclenchées soit du fait de l'accumulation progressive des tensions internes, soit de la survenue d'événements extérieurs rompant l'équilibre aléatoire du sujet.

Par rétroaction, la maladie chronique va modifier le système relationnel du sujet en fonction de la structure de sa personnalité et également en fonction du contexte actuel psycho-social dans lequel elle survient. Car la chronicité induit un nouveau statut de relations entre le malade et son univers, lui procurant des bénéfices secondaires. R. HELD montre en effet que la chronicité permet au malade, et tout particulièrement à l'asthmatique qui y est passé maître, de satisfaire ses tendances agressives nées de frustrations en diminuant l'intensité de sa culpabilité. Il s'installe dans un état de dépendance et de sécurité orale, mais le symptôme, érotisé, est devenu son indispensable mode d'expression (24). Cependant, cette régression aboutit pour lui à un rétrécissement existentiel, lui fixant une limite que peut être il ne parviendra plus à franchir.

Le rôle du médecin dans cette évolution n'est cependant pas à sous-estimer. Devant un premier échec, face à l'attitude revendicative du malade ou face à son défi, oubliant d'écouter le désir qui est en jeu, il risque d'éprouver une agressivité qui conduira au rejet ou à l'amélioration partielle, sinon temporaire.

Ainsi la chronicité se définit-elle, a posteriori, comme une fuite dans un aménagement appauvri et figé de l'image de soi et des relations au monde. N'est-elle pas alors une aliénation ?



## L'HOSPITALISATION

Elle vient émailler l'évolution de tout asthme grave, et en ce sens on peut considérer qu'elle fait partie des critères de gravité. A la différence des autres affections psychosomatiques, l'hospitalisation coïncide presque toujours avec un épisode aigu sinon suraigu, et se situe donc à un instant bien particulier dans la dynamique de la maladie et du malade.

Cette hospitalisation n'est cependant pas sans risque : celui de l'aggravation d'une tendance pré-existante à la régression, responsable par la suite de la répétition fréquente des séjours en milieu hospitalier, et caractérisé pour le sujet par un retrait quasi définitif des investissements objectaux et le retour à une forme de vie narcissique. C'est une des raisons pour lesquelles G. GOLDSZAL pense qu'il «est vraisemblable que l'hôpital modifie, aggrave ou entretient un certain nombre d'affections et surtout qu'il imprime des caractères particuliers quant à la symptomatologie et à leur évolution» (19).

## CONCEPTION GLOBALE

Ecoutant tout problème de théorie, on pourra considérer le système psychosomatique de l'asthmatique selon le schéma (simpliste) suivant :

- de par le jeu de facteurs constitutionnels et acquis (mode de relation à la mère et au monde extérieur dans son ensemble), l'enfant constituera progressivement des structures mentales dont l'aspect pathologique restera latent.
- adulte, il sera impliqué dans une relation au monde selon les processus qui le caractérisent (qu'ils soient nommés névrotiques ou opérationnels etc...)
- sous l'effet d'une surcharge de stimuli, exogènes et/ ou endogènes, chroniques et/ ou aigus, cette personnalité infra-clinique sera amenée à utiliser un symptôme fonctionnel comme mécanisme de défense.
- l'évolution pourra alors se faire vers la chronicité, c'est-à-dire vers un comportement stéréotypé pathologique, et l'hospitalisation sera le témoignage de l'échec de la valeur fonctionnelle d'un tel système.

Cette conception aboutit à une simplicité extrême en raison des multiples contradictions opposant sur le plan théorique les divers modes de pensée. Il est d'ailleurs fort improbable qu'une seule et même théorie psychosomatique puisse rendre compte de la diversité de ces affections. Enfin lorsque l'asthme seul est étudié, ce sont des aspects particuliers tels que l'enfance ou la valeur du symptôme qui se situent au centre d'une réflexion qui soit reste excessivement pragmatique soit abandonne la clinique au profit de spéculations intellectuelles. C'est donc la synthèse de ces deux aspects qui fait défaut.



APPORT PERSONNEL



## MATERIEL ET METHODE

Cette étude a porté sur 50 malades, hospitalisés à l'occasion d'un épisode d'état de mal, et considérés comme des asthmatiques graves du fait de la fréquence, de la durée et de l'intensité des crises, ainsi que de la corticothérapie continue mise en œuvre. Nous n'avons pas tenu compte, pour cette sélection, de l'ancienneté de la maladie ; celle-ci ne nous paraît pas un critère significatif. Par contre, comme nous essaierons de le montrer, nous sommes souvent tentés de considérer comme principal facteur de gravité les conséquences psychologiques qu'entraînent certains asthmes. La maladie, qu'elle soit vécue comme alibi, qu'elle soit utilisée par le malade à diverses fins, ou qu'elle soit ressentie comme une atteinte grave des possibilités fonctionnelles et de l'image que le malade se fait de lui-même, est susceptible d'entraîner progressivement une idée d'invalidité, d'incurabilité et enfin une diminution de l'élan vital, sans qu'il y ait pour autant exagération consciente et exploitation organisée des manifestations pathologiques.

On a été exclus les malades immigrés récents, ceux-ci présentant un contexte psychologique et social trop particulier, ainsi que des difficultés de communication. Il n'a été pratiqué aucune autre sélection, susceptible d'intervenir sur le sens de cette étude.

Cette population se compose de 19 hommes et 31 femmes, proportion qui s'écarte sensiblement de celle observée en clientèle allergique ambulatoire(.) Ces sujets sont âgés de 20 à 64 ans, l'âge moyen est de 41 ans.

L'ensemble de ces malades a subi divers examens : examen clinique, spirométrie, tests cutanés en fonction des corrélations cliniques, examens psychométriques (\*) et psychologiques.

L'examen psychologique a été pratiqué au sein même du service où le malade était hospitalisé. L'entretien avec le malade aura été unique ou répété selon le désir de celui-ci. La durée de cet entretien n'a jamais été fixée au préalable, et le malade est resté libre de s'exprimer autant qu'il le désirait. Non directif à son origine, l'entretien a pu devenir semi-directif dans la mesure où les propos du malade ne permettaient pas une approche suffisante des divers éléments à considérer. Enfin, un certain nombre d'entre eux ont été revus après leur sortie du service ou lors de nouvelles hospitalisations. Aussi, si l'on veut bien excepter dans la mesure du possible le premier entretien, les suivants ont été conduits le plus souvent dans une optique thérapeutique.

Les examens psychométriques ont été proposés aux malades soit lors de leur hospitalisation (48 %), soit sur rendez-vous (52 %) et ils ont été laissés libres de les accepter ou de les refuser, estimant que leur attitude envers ce nouvel examen était en soi significative. Lors de l'hospitalisation, le malade se trouvant disponible, dans un état de dépendance physique et morale, l'examen est assez volontiers accepté, à l'exception de quelques réticences pour les tests nécessitant une participation active (papier, crayon). Sur vingt huit convocations envoyées, seules sept reçoivent une réponse favorable. Les résultats portent sur 28 dossiers complets, plus 5 RORSCHACH, soit 66 % du nombre total des malades. Pour les autres, outre le refus en réponse à une convocation, on note : trois refus de passation (total ou ne portant que sur certains des trois tests), neuf malades de niveau intellectuel insuffisant ou dont l'état psychologique ne permettait pas un effort prolongé. L'examen comportait les épreuves suivantes :

- Test de RORSCHACH, donnant des indications sur l'organisation de la personnalité du malade et les tendances pathologiques.

---

(\*) Collaboration technique : Madame ALEXANDRE.



- Test de personnalité de BERNREUTER, mesurant plusieurs aspects à la fois de la personnalité :
  - mesure du trait «se suffire à soi-même»
  - introversion - extraversion
  - domination - soumission
  - confiance en soi
  - sociabilité
- Test de vocabulaire de BINOIS PICHOT évaluant le niveau intellectuel approximatif afin de vérifier compréhension des questions posées aux autres tests.

Etant donné le nombre important d'observations recueillies, celles-ci sont présentées sous forme de tableau, auquel succèdera les résultats d'ensemble obtenus par les tests, puis l'exposé détaillé de trois observations dans lesquelles les divers aspects de l'asthmatique paraissent particulièrement bien individualisés. (Observations A, B et C).

Le tableau des observations est constitué par :

#### I/ L'âge et le sexe du malade

#### II/ Les antécédants héréditaires et collatéraux.

a) Le milieu familial peut être considéré comme normal, ou comprendre un sujet atteint d'une affection psychiatrique caractérisée. Il peut être jugé déséquilibré lorsque l'on y trouve :

- une dissociation du couple parental
- l'absence complète de l'un des parents
- un déséquilibre ou l'anarchie familiale par inversion des rôles parentaux ou lorsque l'un des deux parents n'aura pas rempli son rôle pour une raison quelconque (éthyl, troubles caractériels, etc...).

(Sont indiqués comme normaux les milieux dans lesquels l'enquête anamnestique ne met pas en lumière de perturbation évidente).

Ont été recherchées également les éventuelles conséquences de ces milieux sur l'enfance du malade :

- rejet hors du cadre familial
- dépendance anormale vis à vis de l'un des parents.

b) Les antécédents respiratoires asthmatiques ainsi que les affections réputées, à tort ou à raison, «allergiques» sont notés corrélativement.

#### III/ Parmi les antécédents personnels, ont été relevés

- a) les affections psychiatriques avérées, ainsi que divers troubles psychosomatiques,
- b) les antécédents «allergiques», respiratoires ou cutanés.

#### IV/ La maladie asthmatique est appréciée en fonction :

- a) de son histoire, dans laquelle on distinguera
  - la gravité d'emblée,
  - la gravité secondaire,
  - les facteurs biographiques accompagnant ou précédant l'aggravation de façon précise et dans un délais restreint,



- l'aggravation progressive au long cours
- la notion de balancement entre la maladie asthmatique et une autre

affection somatique.

b) des facteurs étiologiques mis en évidence

c) des aspects particuliers présentés par les crises d'asthme, l'existence de «bénéfices secondaires» patents.

V/ L'aspect psychologique du malade :

a) dans ses traits de caractère et son comportement habituel

b) dans sa symptomatologie lors de l'hospitalisation.

VI/ Ont été également notés certains aspects particuliers observés lors de l'hospitalisation ou au cours du traitement.



## TESTS PSYCHOLOGIQUES

### I/ PLANCHES DE RORSCHACH

Sur 35 sujets, le nombre total moyen de réponse est égal à 12. Dans vingt six cas, le nombre de réponses est inférieur à 20.

#### a) Localisation, déterminants et contenus.

- Le pourcentage de réponses globales est élevé (supérieur à 35 %), témoignant d'une tendance à la généralisation, l'abstraction, la systématisation. Le sujet néglige le concret.

- Les détails rares figurent dans 24 protocoles, signant l'extériorisation de préoccupations non dominées, et les détails blancs dans 18 cas, correspondant à un fond d'incertitude intérieure. Le sujet supporte affectivement mal l'absence, le vide, et s'efforce de maîtriser le néant pour dominer la réaction qu'il suscite en lui.

- Le pourcentage des F est inférieur à 50 dans 14 protocoles, associé avec C et E nombreux, indiquant la dominance des facteurs passifs, un contrôle insuffisant des émotions et de l'anxiété, la lutte du sujet contre sa propre peur - (on obtient  $F E < E F + E$  pour 28 sujets) -

- La présence de couleur dans 23 protocoles confirme la tendance à la décharge affective immédiate alors que la notion de kinesthésie ne semble pas intervenir (nombre égal de protocoles avec et sans).

- L'analyse des contenus montre une prédominance des détails anatomiques (19) et surtout animaux (31) alors que l'humain est absent dans 21 et déprécié dans 18 protocoles.

On en déduira la tendance aux préoccupations égocentriques et hypochondriaques associées à une mauvaise image corporelle.

#### b) Résonnances.

- Le rapport de résonnance intime ( $\frac{K}{C}$ ) =  $\frac{0}{0}$  dans 21 cas, correspondant au type coarté : difficulté de l'adaptation aux données nouvelles, rigidité de l'intelligence, sécheresse imaginative. Le sujet voit à travers les autres et non à travers ses possibilités personnelles. Ses capacités d'innovations sont réduites.

$\frac{K}{C} = \frac{0}{X}$  dans 11 cas, et correspond au type extratensif, caractérisé par la domination du concret, les stéréotypes intellectuels, une affectivité labile aux réactions immédiates, impulsives, mal contrôlées, une tendance à la sociabilité sans communication authentique.

Au total, les types coarté et extratensif réunissent 32 sujets sur 35.

#### c) Les réactions comportementales.

- Le choc - Un refus d'interprétation apparaît chez 17 sujets. Chez 5 d'entre eux, le rejet concerne plus de 2 planches. Les planches rejetées en priorité sont les suivantes :

- X (8 fois) qui évoque la vie quotidienne dans son aspect social comportant une multiplicité d'actions à accomplir sous le regard d'autres.

- IX (8 fois) ayant valeur d'évocation maternelle, refus témoignant du blocage de l'engagement personnel dans une relation socio-affective profonde,

- VII (7 fois), de signification également maternelle, réactivatrice de la nostalgie de sécurité, liée évidemment à l'image archaïque de la mère et au lien primordial avec elle.



- Les planches les plus choisies sont les X (20 fois), IX (12 fois) et VIII (10 fois), qui sont toutes trois colorées, alors que les moins aimées sont la I (13 fois) demandant un effort d'affirmation personnelle, et la IV (13 fois) dégageant une impression de domination, d'écrasement, éventuellement liée à une image paternelle.

d) En résumé, on remarquera, pour 50 % des sujets ou davantage :

- pauvreté des protocoles (nombre moyen de réponses : 12)
- difficulté d'adaptation au concret ( $G > 35$ )
- apparition d'anxiété pour des préoccupations, avec difficulté pour prendre du recul et situer clairement le problème (détails rares + estompage)
- impulsivité des affects ( $E C > E K$ )
- type coarté ou extratensivité de la personnalité
- préoccupations au corps qui est souvent mal vu (Hdep - Anat.)
- recherche du contact avec autrui, l'émotion paralysant quelquefois les possibilités de contact et l'adaptation sociale.
- importance (positive ou négative) de la relation profonde à la mère.

## II/ TEST P. F. de ROSENZWEIG

a) Le GROUP CONFORMITY RATING (G. C. R.) a pour but de mesurer la conformité des réponses du sujet avec celles de la moyenne de la population.

Dans notre échantillon, la moyenne du G. C. R. est très basse (marge de normalité entre 45 et 55 en note T). Plus des deux tiers des résultats sont pathologiques ; 16 nettement inférieurs (- 40) et 4 nettement supérieurs (+55). (Les déviations maxima vers les valeurs basses du B. D. R. sont observées dans les psychoses). Le G. C. R. étant un indice de l'adaptation de l'individu à son groupe social, on peut donc penser qu'il y a ici, pour la plupart des sujets inadaptation :

- soit par trop grande rigidité intellectuelle
- soit par mauvais contact avec le concret (originalité excessive, caractère asocial).

b) Type et direction de l'agression :

- la direction de l'agression est également répartie pour l'ensemble des sujets en réactions extra-intra, et impunitives.
- le type de l'agression est surtout constitué par des obstacles constituant des frustrations. Face à ce problème, le sujet exprime l'espoir que le temps ou les circonstances amèneront une solution au problème. Ces réponses laissent supposer que les sujets ont un caractère patient et soumis. La nature de ces réactions rejoindrait les concepts analytiques de sublimation et conversion ; elles ont pour but de satisfaire le besoin spécifique frustré par un moyen ou un autre.

Les différentes moyennes obtenues pour l'ensemble du test sont peu différentes des moyennes normales ; ceci est dû à la grande variété des réponses et au fait que quelques sujets ont des notes très élevées dans le sens contraire de la tendance dominante.

c) Examen des tendances :

Pour 51 % des sujets, le nombre des tendances significatives (négativement ou positivement) est très élevé (5 tendances et plus), donc anormal ; d'où une désadaptation et une tolérance très faible à la répétition d'un événement ou d'un objet frustrant.



De même qu'il n'y a pas de type ni de direction de l'agression prédominante pour l'échantillon de sujets, il n'y a pas de tendance préférentielle dans le mode de réponse si l'on compare la première et la seconde partie de l'épreuve.

d) En conclusion, le seul élément significatif est, pour 51 % des sujets, la basse tolérance à la frustration, alors que cette tolérance permet à l'individu de conserver son adaptation psycho-biologique (dans une conception proche de celle de «l'énergie adaptative de SELYE). Notion que l'on peut également formuler en disant qu'un moi faible adopte des réactions inadéquates de défense, alors qu'elles devraient protéger du déplaisir associé à la frustration.

### III/ TEST DE PERSONNALITE DE BERNREUTER.

- B 1-N (mesure de la tendance névrotique) : les résultats sont homogènes pour l'ensemble des sujets. 5 sujets seulement ont des résultats supérieurs à la moyenne (- 70) et la moyenne de l'échantillon est de - 4,3. On note donc une tendance névrotique pour la majorité des sujets.

- B 2-S (tendance à se suffire à soi-même). Dans 84 % des cas, les sujets n'aiment pas la solitude, recherchent les conseils et les encouragements ; la dépendance à autrui, et redoutent l'abandon (Moyenne normale : +40 ; moyenne de l'échantillon - 8,90).

- B 3-I (introversion - extraversion) : dans 78 % des cas, le caractère introverti est marqué (moyenne normale : - 31,1 ; moyenne de l'échantillon + 6,8).

- B 4-D (domination - soumission) : 26 sujets sur 28 ont tendance à se soumettre dans leurs rapports interpersonnels. (Moyenne normale : + 40,8 ; moyenne de l'échantillon :- 11,3).

- F 1-C (mesure de la confiance en soi). 24 personnes ont une note élevée, dont 18 une note très élevée. Une grande homogénéité existe dans les réponses marquant le manque de confiance en soi. (moyenne normale : 34 ; moyenne de l'échantillon : +48).

- F 2-S (sociabilité). L'homogénéité est moins grande que pour les autres paramètres. 10 personnes ont une note élevée ou très élevée, 18 ont une note basse témoignant d'une sociabilité de caractère grégaire. (Moyenne normale :- 14,7 ; moyenne de l'échantillon :- 20).

En conclusion, paraissent particulièrement importants la tendance névrotique des sujets s'accompagnant d'introversion, de soumission et de dépendance à autrui en rapport avec un manque de confiance en soi.



## TABLEAUX DES OBSERVATIONS



| n° 1 - 47 ans - F                                                                                                                                                                                                                                                                        | n° 2 - 51 ans - F                                                                                                                                      | n° 3 - 50 ans - M                                                                           | n° 4 - 40 ans - M                                                                                                                                           | n° 5 - 29 ans - M                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dissociation : mère éthylique<br>Rejet (Assistance Publique)<br>Père asthmatique                                                                                                                                                                                                         | Absence paternelle (décès)<br>Rejet maternel                                                                                                           | Décès des parents au cours de la première enfance                                           | Déséquilibré : père éthylique violent - Divorce<br>Ascendants asthmatiques                                                                                  | Absence : parents inconnus<br>Assistance Publique                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Aménorrhée psychogène                                                                                                                                  | Ulcère gastrique<br>Urticaire, coryza                                                       | Multiplés affections alléguées                                                                                                                              |                                                                                                                         |
| Gravité d'emblée, lors des premiers conflits avec son fils aîné (enfant naturel) psychopathe avec qui elle forme un couple sado masochique<br>Absence de facteur étiologique indiscutable<br>Crises nocturnes et lors des conflits avec son fils<br>Vie familiale centrée sur sa maladie | Gravité secondaire (maladie grave du conjoint)<br>Allergie, sans corrélation clinique<br>Crises lors des contrariétés personnelles et professionnelles | Gravité d'emblée (décès de l'épouse)<br>Allergie<br>Emotions, efforts, angoisse vésérale    | Gravité par le retentissement psychologique<br>Allergie<br>Difficultés familiales et professionnelles.<br>Maladie alibi à ses insuffisances de tous ordres. | Gravité d'emblée, lors de dépressions nerveuses du conjoint<br>Infection<br>Crises nocturnes succédant à des cauchemars |
| Obsessionnelle<br>Dépression                                                                                                                                                                                                                                                             | Hystéro-phobique<br>Dépression                                                                                                                         | Hypochondriaque<br>Anxiété                                                                  | Hypochondriaque<br>Anxiété                                                                                                                                  | Sensitif - Interprétatif<br>Anxio-dépressif                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Interruptions volontaires des traitements, refus d'hospitalisation<br>Désensibilisation non supportée                                                  | Suivi par plusieurs médecins à la fois. Désir de dépendance<br>Désensibilisation sans effet | Désir de dépendance<br>Désensibilisation sans effet                                                                                                         | Retrait dans l'hospitalisation de fréquence élevée, conduite de fuite                                                   |



| n° 6 - 57 ans - M                                         | n° 7 - 25 ans - F                                                                              | n° 8 - 33 ans - M                                                            | n° 9 - 25 ans - F                                                          | n° 10 - 58 ans - F                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Père asthmatique                                          | Dépendance maternelle<br>Mère dépressive<br>Dévalorisation du père                             | Dépendance maternelle                                                        | Déséquilibre familial<br>Dépendance maternelle<br>un ascendant asthmatique | Absence du père (décédé)                                                              |
| Gastralgies, constriction thoracique                      |                                                                                                |                                                                              | Eczéma, urticaire                                                          | Troubles fonctionnels                                                                 |
| Gravité secondaire au mariage de sa fille (enfant unique) | Gravité primitive ; difficultés conjugales<br>- Balancement avec l'ulcère du conjoint          | Aggravation secondaire                                                       | Aggravation lors d'une grossesse non désirée                               | Gravité secondaire à la ménopause : désir d'enfant insatisfait.<br>Conflit conjugal   |
| Allergie, Infection                                       | Allergie. Endocrinien                                                                          | Allergie. Infection.<br>Absence de corrélations cliniques                    | Allergie. Infection                                                        | Absence de facteur étiologique certain                                                |
| Crises nocturnes secondaires à une insomnie rebelle       | Crises lors des règles, des contrariétés, des conflits                                         |                                                                              | Crises favorisées par les conflits conjugaux (mari jaloux de son fils)     | Crises lors des insomnies, des conflits, des situations ressenties comme des épreuves |
| Sensitif - Interprétatif<br>Dépression                    | Obsessionnelle<br>Dépression                                                                   | Hystéro-phobique<br>Dépression                                               | Hystéro-phobique<br>Dépression                                             | Phobique<br>Anxieté                                                                   |
| Agressivité envers le corps médical                       | Disparition de tout trouble respiratoire dès l'hospitalisation<br>Désensibilisation sans effet | Ne supporte pas l'éloignement de sa famille que lui impose l'hospitalisation | Echec de la désensibilisation                                              |                                                                                       |



| n° 11 - 53 ans - F                                                       | n° 12 - 59 ans - F                                                              | n° 13 - 46 ans - F                                 | n° 14 - 36 ans - F                                                                          | n° 15 - 40 ans - F                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Eczéma                                                                   |                                                                                 |                                                    | Mère et soeur psychiatriques et asthmatiques                                                |                                                                                     |
|                                                                          | Troubles fonctionnels multiples, polyphagie                                     | Eczéma en période menstruelle                      | Obésité - troubles fonctionnels                                                             | Troubles fonctionnels, dépressions réactionnelles                                   |
| Grave d'emblée, apparition lors de son divorce et du mariage de sa fille | Aggravation importante au décès de sa soeur<br>Balancement avec prurit vulvaire | Gravité d'emblée lors d'une faillite               | Gravité d'emblée, à la suite d'une grossesse refusée                                        | Grave d'emblée : naissance d'un enfant refusé, conflit familial chronique           |
| Allergie, Infection, endocrinien                                         | Infections                                                                      | Allergie, infections                               | Infection, Climat, Endocrinien                                                              | Climat, Allergie (?)                                                                |
| Bénéfices secondaires familiaux et professionnels                        | Crises d'étiologie indéterminée                                                 | Crises lors des règles, des conflits, des émotions | Crises lors de multiples angoisses diurnes et nocturnes, lors des émotions de toute origine | Fréquence des crises évoluant parallèlement au développement des conflits familiaux |
|                                                                          |                                                                                 |                                                    | Bénéfices secondaires familiaux et sociaux                                                  | Bénéfices secondaires familiaux                                                     |
| Phobique                                                                 | Angoisse - Hypochondrie                                                         | Angoisse                                           | Anxio-phobique                                                                              |                                                                                     |
| Ni anxiété, ni dépression                                                | Dépression                                                                      | Anxiété                                            | Anxio-dépressif                                                                             | Dépressive                                                                          |
| Désir de régression et de dépendance familiale et médicale               |                                                                                 |                                                    |                                                                                             | Fuite dans l'hospitalisation                                                        |
| Echec de trois années de désensibilisation                               |                                                                                 | Succès temporaire de la désensibilisation (2 ans)  |                                                                                             | Echec de la désensibilisation                                                       |



| n° 16 - 35 ans - M                                                                                                             | n° 17 - 29 ans - M                                                                                                                                  | n° 18 - 24 ans - F                                                                                                                                                             | n° 19 - 27 ans - M                                                                                                                                                                                                 | n° 20 - 41 ans - F                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rejet : élevé par une grand-mère puis en pension<br>Eczéma de sa fille                                                         |                                                                                                                                                     | Dépendance au père<br>Rejet (enfance en pension)<br>Nombreux ascendants et collatéraux asthmatiques                                                                            | Dissociation (divorce) et Rejet (pension)                                                                                                                                                                          | Dépendance au père, déquilibre parental<br>Soeur schizophrène                                    |
| Troubles digestifs fonctionnels                                                                                                | Psychose maniaco-dépressive                                                                                                                         | Psychopathe éthylique et suicidaire - Eczéma                                                                                                                                   | Dépressions, onychophagie, troubles fonctionnels cardiaques et digestifs                                                                                                                                           | Dépressions                                                                                      |
| Gravité d'emblée, l'asthme succédant aux troubles digestifs<br>Infections<br>Crises d'angoisse asthmatiformes et vraies crises | Aggravation avec l'instauration d'un conflit avec son père<br>Allergie - Climat<br>Crises utilisées à des fins d'évitement parental, social, sexuel | Gravité secondaire coïncidant avec son mariage et le décès de sa mère<br>Allergie<br>Crises presque exclusivement nocturnes, particulièrement fréquentes en période dépressive | Gravité d'emblée, lors de conflits conjugaux (très dépendant de sa femme) et de la reprise de rapports avec sa mère, après une séparation de 19 ans<br>Infection<br>Crises d'asthme et crises d'angoisse nocturnes | Gravité d'emblée, lors de l'internement de sa soeur. Echec professionnel et conjugal<br>Allergie |
| Obsessionnel<br>Anxieux                                                                                                        | Obsessionnel<br>Dépressif puis maniaque                                                                                                             | Psychopathe                                                                                                                                                                    | Angoisse, abandonique<br>Dépression                                                                                                                                                                                | Obsessionnelle<br>Anxieux                                                                        |
|                                                                                                                                | Fuite du conflit par l'hospitalisation et utilisation de la maladie dans ce sens                                                                    |                                                                                                                                                                                | Désir de mariage hospitalier                                                                                                                                                                                       | Amélioration discrète par désensibilisation                                                      |



| n° 21 - 41 ans - F                                                                                                | n° 22 - 60 ans - F                                                                                     | n° 23 - 34 ans - F                                                                                                         | n° 24 - 43 ans - F                                                                              | n° 25 - 33 ans - F                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dissociation puis absence (décès du père)                                                                         | Eczéma maternel                                                                                        | Anarchie familiale, père éthylique<br>Père asthmatique                                                                     | Déséquilibre avec inversion des rôles parentaux. Dépendance à la mère                           | Ascendants asthmatiques                                                                                                        |
| Boulimie - dépressions                                                                                            |                                                                                                        | Dépressions, cures de sommeil Comitialité.<br>Asthme de l'enfance                                                          | Obésité, troubles fonctionnels divers                                                           | Troubles fonctionnels cardiaques et gynécologiques                                                                             |
| Grave d'emblée, l'asthme apparaît chez une obèse (obésité de compensation) à la suite d'une cure d'amaigrissement | Gravité d'emblée, à la ménopausse. Aggravation lors du décès de son mari et de son échec professionnel | Reprise d'un asthme de l'enfance lors de la 1ère grossesse. Gravité d'emblée, aggravation lors des grossesses successives. | Gravité d'emblée lors d'une transplantation s'accompagnant d'une séparation d'avec les parents. | Apparition dans le contexte d'un conflit entre le conjoint et son fils, gravité d'emblée.                                      |
| Pas d'étiologie exogène                                                                                           | Infection                                                                                              | Allergie - Climat - Endocrinien                                                                                            | Infections - Climat ?                                                                           | Absence de facteur étiologique                                                                                                 |
|                                                                                                                   | Crises diurnes et nocturnes (insomnies) dans un contexte dépressif                                     | Crises asthmatiques ou "comitiales" lors des contrariétés, des émotions et des angoisses                                   | Crises émotives                                                                                 | Crises réactionnelles aux conflits ou utilisées à des fins d'évitement, et crises nocturnes succédant à des paroxysmes anxieux |
| Sensitif                                                                                                          | Phobique                                                                                               | Hystéro-phobique                                                                                                           | Angoisse - hypochondrie                                                                         | Hystéro-phobique                                                                                                               |
| Dépression                                                                                                        | Anxio-dépressif                                                                                        | Anxiété                                                                                                                    | Dépression                                                                                      | Dépression                                                                                                                     |
| Désensibilisation sans effet                                                                                      | Fixation affective au service hospitalier                                                              | Désir de dépendance hospitalière                                                                                           |                                                                                                 | Ambivalence à l'égard de l'hôpital : désir et refus                                                                            |



| n° 26 - 53 ans - M                                                                                                                                                                                                                                 | n° 27 - 21 ans - M                                                                                                               | n° 28 - 63 ans - F                                                                                                                                                     | n° 29 - 50 ans - M                                                                                                                   | n° 30 - 18 ans - M                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Déséquilibre familial : père absent et caractériel.<br><br>Père asthmatique                                                                                                                                                                        | Ascendants asthmatiques                                                                                                          | Rejet : placée à l'Assistance Publique                                                                                                                                 | Déséquilibre familial : absence virtuelle d'un père rigide - rejet (en pension)                                                      | Déséquilibre familial : mère autoritaire hyperprotectrice, dépendance du malade à celle-ci                                                                                                                              |
| Obésité, tabagisme majeur.<br><br>Asthme de l'enfance                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  | Enurésie, troubles fonctionnels digestifs                                                                                                                              | Céphalées, troubles digestifs, tabagisme<br><br>Asthme de l'enfance                                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |
| Réapparition d'un asthme dans un contexte de difficultés multiples : familiales, professionnelles, financières<br><br>Absence de facteur étiologique<br><br>Crises provoquées par les émotions, certaines odeurs, les difficultés professionnelles | Gravité d'emblée en dehors de tout contexte pathologique évident<br><br>Allergie<br><br>Crises nocturnes de répétition régulière | Apparition lors de sa rupture avec sa fille adoptive. Grave d'emblée<br><br>Allergie - Climat<br><br>Crises surtout fréquentes dans les périodes de solitude affective | Réapparition et aggravation progressive d'un asthme ancien, dans le contexte d'un syndrome dépressif au long cours<br><br>Infections | Aggravation à la puberté d'un asthme de l'enfance, coïncidant avec un conflit latent avec sa mère<br><br>Allergie - Climat ?<br><br>Absences de crises lorsqu'il est absent (virtuellement ou réellement) de sa famille |
| Sensitif<br><br>Anxieté                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  | Dépression                                                                                                                                                             | Sensitif<br><br>Dépression                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                    | Découverte d'une tuberculose alors que l'asthme s'améliore                                                                       | Arrêts volontaires de traitement<br><br>Désensibilisation de 6 mois sans effet. Amélioration transitoire lors d'une cure                                               | Arrêts volontaires de traitement                                                                                                     | Absence de crises au cours de l'hospitalisation, en dehors de toute thérapeutique<br><br>Désensibilisation sans effet.<br>Amélioration importante par un séjour de cure                                                 |



| n° 31 - 64 ans - F                                                                                                                               | n° 32 - 20 ans - M                                                                                             | n° 33 - 32 ans - M                                                                                                                        | n° 34 - 64 ans - F                                                                                                                        | n° 35 - 38 ans - F                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dépendance au père                                                                                                                               | Père grand caractériel, mésestime parentale. Rejet dans la 2ème enfance<br>Père asthmatique                    | Déséquilibre familial : père caractériel instable. Dépendance maternelle                                                                  | Absence du père (décédé) et placement de l'enfant à l'âge de 6 ans                                                                        | Absence du père (décédé)                                                                                                           |
| Aménorrhée<br>Eczéma                                                                                                                             | Ethylisme - Tétanie.<br>Eczéma - Asthme de l'enfance                                                           | Onychophagie, énurésie, gastrite                                                                                                          | Dépression récidivante                                                                                                                    | Troubles fonctionnels multiples                                                                                                    |
| Grave d'emblée, l'asthme apparaît lors de sa séparation d'avec sa mère et son mariage opposé aux idées de celle-ci<br>Balancement avec un eczéma | Aggravation progressive sans facteur psychologique évident<br>Balancement avec l'eczéma                        | Aggravation progressive en l'absence de facteur psychologique net, excepté une détérioration de l'adaptation familiale et professionnelle | Apparition de l'asthme à l'occasion d'une intervention chirurgicale, aggravation lors du décès du conjoint et d'une nouvelle intervention | Aggravation progressive sans corrélation psychologique particulière                                                                |
| Absence de facteur étiologique                                                                                                                   | Allergie                                                                                                       | Absence d'étiologie précise                                                                                                               | Absence d'étiologie précise.                                                                                                              | Allergie                                                                                                                           |
| Crises aux contrariétés, émotions, dans les périodes dépressives                                                                                 | Crises nocturnes et vespérales avec élément dépressif quotidien de même chronologie. Crises lors des insomnies | Crises vespérales ou nocturnes, lors d'angoisses                                                                                          | Fréquence des crises en étroite corrélation avec les variations de l'état thymique                                                        | Association de crises vraies et de pseudo-crisis asthmiques. Utilisation des crises à des fins d'évitement (sexuel en particulier) |
| Sensitif<br>Anxiété                                                                                                                              | Hystérique<br>Dépressif                                                                                        | N d'angoisse<br>Anxiété                                                                                                                   | Dépression                                                                                                                                | Hystérique<br>Anxiété                                                                                                              |
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                                                                                           | Hospitalisation coïncidant avec une poussée dépressive importante                                                                         | Désensibilisation sans effet appréciable                                                                                           |



| n° 36 - 20 ans - F                                               | n° 37 - 62 ans - M                                                             | n° 38 - 37 ans - F                                                                                                                                   | n° 39 - 57 ans - F                                                    | n° 40 - 50 ans - F                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Absence du père (décédé)<br>Dépendance mère-fille                |                                                                                | Déséquilibre : dévalorisation du père par une mère autoritaire, rejet (élevée par ses grands-parents). Dépendance au père<br>Ascendants asthmatiques | Absence du père (décédé)                                              | Dissociation parentale                                                              |
| Anorexie psychogène                                              | Névrose post-traumatique                                                       | Trouble gynécologique fonctionnel<br>Eczéma                                                                                                          | Obésité, dépressions, aménorrhée psychogène                           | Dépressions itératives, hypersomnie                                                 |
| Gravité d'emblée<br>Asthme apparu au décès du père               | Apparu en captivité, l'asthme s'aggrave après un traumatisme crânien important | Asthme apparu avec les difficultés avec son mari, de 10 ans son aîné, Gravité d'emblée                                                               | Asthme secondaire à un trauma crânien grave, aggravation progressive. | Aggravation secondaire à la suite du décès de son mari et de la maladie de sa fille |
| Absence d'étiologie précise                                      | Absence d'étiologie précise                                                    | Allergie, infections                                                                                                                                 | Allergie, infections                                                  | Absence d'étiologie précise                                                         |
| Crises accompagnant les situations conflictuelles, même latentes | Crises atypiques rétrocedant par injection d'eau bidistillée                   | Fréquence importante des crises dans les périodes de difficultés personnelles                                                                        |                                                                       | Crises lors des émotions et des frustrations                                        |
| Bénéfices secondaires familiaux et professionnels                |                                                                                |                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                     |
| Hystéro-phobique                                                 | Angoisse - hypochondrie<br>Angoisse                                            | Hystéro-phobique<br>Anxio-dépressif                                                                                                                  | N d'angoisse<br>Anxio-dépressif                                       | Obsessionnelle<br>Dépressive                                                        |
| Surconsommation de médicaments et de médecins                    | Multiples interventions chirurgicales et consultations médicales spécialisées  | Interruptions volontaires du traitement<br>Amélioration discrète par la désensibilisation                                                            | Désensibilisation pendant trois ans, sans effet                       | Toxicomanie (corticoïdes) et arrêts volontaires de traitement, en phase dépressive  |



| n° 41 - 50 ans - F                                                                                                                        | n° 42 - 34 ans - M                                                                                                                      | n° 43 - 23 ans - M                                                                                                                           | n° 44 - 29 ans - F                                                                                                                    | n° 45 - 39 ans - M                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Frère asthmatique                                                                                                                         | Rejet par le père, mère autoritaire et hyperprotectrice. Dépendance à la mère                                                           | Collatéraux asthmatiques                                                                                                                     | Déséquilibre familial : père éthylique, mère grabataire. Dépendance au père<br>Mère asthmatique                                       | Inversion des rôles parentaux, mère autoritaire<br>Dépendance au père                 |
| Lourd passé médico-chirurgical                                                                                                            | Dépressions répétées                                                                                                                    | Gastrite, tabagisme<br>Asthme de la 2ème enfance                                                                                             |                                                                                                                                       | Troubles fonctionnels multiples<br>Asthme de l'enfance                                |
| Gravité d'emblée, coïncidant avec le décès de son mari et de l'un de ses fils ainsi que l'entrée d'un autre dans un hôpital psychiatrique | Gravité d'emblée, lors d'une séparation affective avec transplantation et retour à la situation familiale conflictuelle                 | Réapparition d'un asthme de l'enfance, d'aggravation progressive sans notion de contexte psychologique particulier.<br>Succède à la gastrite | Asthme d'aggravation progressive, en dehors d'un contexte psychologique particulier                                                   | Réapparition d'un asthme, dans le cadre de conflits conjugaux suivis d'une séparation |
| Infections                                                                                                                                | Absence de facteur étiologique précis<br>Crises lors des contrariétés, des conflits, des émotions (surtout lorsqu'il est avec son père) | Allergie (?)<br>Crises lors des situations conflictuelles                                                                                    | Allergie - Infections<br>Bénéfices secondaires familiaux                                                                              | Allergie<br>Crises lors de fatigues, de difficultés professionnelles, d'angoisses     |
| Angoisse - hypochondrie<br>Dépression                                                                                                     | Sensitif<br>Dépression grave                                                                                                            | Sensitif<br>Anxiété                                                                                                                          | Hystéro-phobique<br>Dépression                                                                                                        | Angoisse - hypochondrie<br>Anxi-dépressif                                             |
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                         | Désensibilisation pendant cinq ans, sans résultat                                                                                            | N'a pas présenté de crise au cours de son hospitalisation, en l'absence de tout traitement<br>Echec de trois ans de désensibilisation |                                                                                       |



| n° 46 - 50 ans - F                                                                                                          | n° 47 - 34 ans - F                                                                                  | n° 48 - 39 ans - M                                                | n° 49 - 51 ans - M                                                                               | n° 50 - 53 ans - F                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Rejet par son père                                                                                                          | Inversion des rôles parentaux.<br>Dépendance au père, rejetée par sa belle-mère<br>Frère allergique | Dépendance au père                                                | Déséquilibre avec inversion des rôles, dépendance au père                                        | Inversion des rôles parentaux.<br>Dépendance à la mère<br><br>Mère asthmatique |
| Troubles fonctionnels digestifs                                                                                             | Rhinite                                                                                             | Troubles digestifs fonctionnels, éthylisme, obésité               |                                                                                                  | Obésité, dépressions                                                           |
| Gravité d'emblée à la suite d'une tentative de suicide d'une de ses filles et de la rupture simultanée du ménage de l'autre | Asthme, aggravation progressive.<br>Contexte de conflit conjugal aboutissant à la séparation        | Aggravation secondaire, absence de contexte psychologique évident | Asthme grave d'emblée, apparu le jour du décès de son père                                       | Asthme grave d'emblée apparu au décès de sa mère                               |
| Infections, allergie                                                                                                        | Allergie - endocrinien                                                                              | Allergie                                                          | Allergie (?)                                                                                     | Absence de facteur étiologique précis                                          |
| Crises vécues comme la punition en réponse d'un sentiment de culpabilité                                                    | Crises lors des règles, des contrariétés et des émotions                                            |                                                                   | Crises apparaissant aux contrariétés, émotions, surmenage, et surtout lors d'épisodes dépressifs |                                                                                |
| Sensitif<br><br>Dépression                                                                                                  | Hystéro-phobique<br><br>Anxio-dépressif                                                             |                                                                   | Obsessionnel<br><br>Dépression                                                                   | Obsessionnelle<br><br>Dépression                                               |
|                                                                                                                             | Absence de crises dès l'hospitalisation.                                                            | Malade très opposant à toute investigation psychologique          |                                                                                                  | Arrêts volontaires du traitement                                               |



## OBSERVATIONS CLINIQUES

A - OBSERVATION N 28 : LAV... Lucie, 63 ans. Mariée. 1 enfant.

Malade adressée pour état de mal asthmatique, par son médecin traitant.

Le début de la maladie remonte à 15 mois, se situant peu de temps après l'arrivée de la malade à Lyon. Les crises sont d'emblée fréquentes et prolongées, peu influencées par la corticothérapie. La gravité de la maladie avait conduit le médecin à proposer une désensibilisation, en dépit de tests cutanés d'allergie peu évidents. Après six mois, et devant son échec, ce traitement est abandonné. Au cours de son hospitalisation, les seuls facteurs étiologiques retenus sont infectieux. L'externe du service note en outre un contexte dépressif important, dont les motifs seront révélés par l'entretien.

Ayant été confiée à l'Assistance Publique, cette malade n'a pas connu ses parents ou ne s'en souvient pas. Elle est placée très tôt dans diverses exploitations agricoles, où elle subit une vie très dure jusqu'à l'âge de 14 ans. Elle est alors placée dans un milieu assez accueillant, et l'énurésie qu'elle avait présentée jusqu'alors disparaît. A vingt et un ans, elle se retrouve « libre ». Elle connaît une aventure sentimentale sans lendemain, dont elle a un enfant. Peu de temps après, elle épousera un homme se révélant rapidement alcoolique. Elle aurait désiré avoir un autre enfant, mais peu après une fausse couche, une intervention chirurgicale l'en empêche. Elle décide alors de travailler et choisit le métier de...nourrice. Sa vie est relativement heureuse parmi ces enfants qui le plus souvent, sont de la même origine qu'elle. Elle s'attache tout particulièrement à un enfant qui lui a été confiée à l'âge de six mois, puis définitivement abandonnée, et elle en aura la charge jusqu'à sa majorité légale. Cette enfant est rapidement considérée comme sa propre fille, « et même plus » dit-elle. Avant même que son enfant se marie, l'autre constitue le soutien moral dont elle a besoin pour affronter les déboires conjugaux souvent violents, ou particulièrement cruels lorsque le mari est condamné à quatre années de prison pour détournement de mineure, cette dernière étant sa fille adoptive. A cette époque, la malade repousse toute idée de divorce malgré les conseils qu'elle reçoit, et reprend ensuite la vie conjugale. L'âge de la retraite venant, le couple et cette jeune fille décident de se rapprocher de la ville et viennent habiter à Lyon. Rapidement, celle-ci ayant rencontré un garçon, un conflit entre la mère et elle éclate, et au jour de sa majorité, elle disparaît et se marie.

L'asthme survient presque immédiatement, après un court épisode de toux. La dépression l'accompagne. Pour lui échapper, la malade réussit à trouver du travail : elle va garder un enfant qu'elle avait élevée de la naissance à l'âge de sept ans, et qui l'appelle « maman ». Mais cet essai de substitution ne réussit pas, elle ne supporte d'ailleurs pas de s'en séparer le soir pour rentrer chez elle, ni d'en être éloignée le dimanche. Elle envisage alors de reprendre une garde permanente d'enfant, à son domicile, mais sa maladie l'en empêche.

Au cours des entretiens, la malade parle volontiers, en dépit d'un état dépressif marqué. Si sa propre fille est totalement absente de son discours, sa fille adoptive en est le centre, ainsi qu'elle même : cette relation fusionnelle étant rompue, tout lui paraît vide, inutile, mortel. Elle ne vit plus, arrête les traitements sous divers prétextes, connaissant d'ailleurs le risque encouru alors. Ses nuits sont entrecoupées d'angoisses ou de rêves : sa fille adoptive revient à elle, ou bien le rappel onirique des conflits passés leur donne une tonalité de cauchemard.

Sous l'effet de thymo-analeptiques et de tranquillisants, la maladie connaîtra des rémissions, une atténuation des symptômes. La malade « survit », mais plus jamais rien ne sera comme avant, ni elle, ni le monde qui l'entoure.



B - OBSERVATION N 7 : BER... Françoise, 25 ans. Mariée. 1 enfant.

Malade hospitalisée pour état de mal asthmatique, bilan et avis thérapeutique. Elle est adressée par son médecin traitant.

La maladie est récente : son début remonte à 1 an, la première crise succédant à un épisode grippal guéri depuis 1 mois. En fait, l'interrogatoire apprend qu'elle tousse un peu depuis la naissance de son fils, il y a un an et demi. Grave d'emblée, l'asthme motive une consultation d'allergologie, et les allergènes étant identifiés, la malade se fait désensibiliser dans sa ville de résidence. Elle prétend que le manque de conviction apporté par le médecin dans la désensibilisation, l'absence de résultat de celle-ci ont induit en elle une véritable angoisse concernant sa maladie, et qu'à dater de cette échec, elle a vécu dans la hantise de nouvelles crises. Celles-ci surviennent et conduisent à la prescription d'un séjour en cure, lequel coïncide avec une rémission totale des crises, à l'exception de la période précédant le retour dans le milieu familial. Dès lors les crises se succèdent, peu sensibles aux thérapeutiques courantes, de fréquence accrue lors de l'hiver, à la fin duquel se situe son hospitalisation. A l'occasion de celle-ci, le bilan pratiqué ne met en cause qu'une allergie à la poussière et à la plume. Cette hospitalisation permet en outre de situer le contexte familial et psychologique.

Madame BER... est fille unique. Son père, âgé de 58 ans, sert dans la Gendarmerie. C'est un homme discret, d'une grande pudeur affective, très attentionné envers sa fille, mais sur un mode quelque peu maternel. Il est en fait spontanément exclu du discours de la malade. A l'opposé se situe sa mère : institutrice de 48 ans, elle est décrite comme «une femme jeune et gaie», avec qui la vie, pleine d'imprévu, est distrayante. Cette mère est un modèle : toujours à l'aise, quelque soient les circonstances, elle n'a jamais connu d'échec. Elle représente tout ce qu'une femme peut désirer être.

La malade a donc grandi dans ce milieu, entourée surtout d'adultes, menant une vie inspirée de principes assez stricts, mais volontiers acceptés et même désirés : en tous temps elle cherche à s'identifier dans ses goûts, ses sentiments, ses décisions, à ceux de cette mère idéale. Si la jeune fille d'alors éprouve quelques désirs, quelque espérance, elle dit les réaliser en imagination et en être satisfaite. Dans le choix de ses études et de sa profession, elle abdique ses propres penchants au profit de ceux de sa mère, et en aucun cas la famille ne connaît de conflit. Enfin, lors de l'échec au baccalauréat de cette fille d'institutrice, elle décide de ne pas se représenter, et de plus, d'abandonner la musique qui est son passe-temps favori.

Elle est conduite au mariage par l'enchaînement des événements : ayant été vue à plusieurs reprises en compagnie d'un garçon, dans cette petite ville de province, les principes reçus, le désir de ne susciter aucune réaction de quelque origine soit-elle, la livrent à la vie conjugale. Son mari, de deux ans son aîné, exerce sa profession dans l'électronique. C'est un misanthrope indécis, indifférent aux autres, principalement désireux de s'épargner soucis et contrariétés, et lui-même très dépendant de ses parents, ceux-ci vivant à l'abri de toute convention sociale. Après trois ans d'attente, l'enfant grossesse, le mari s'opposant à toute contraception, les rapports sexuels deviennent inexistantes, ce dont le conjoint se satisfait. Il se montre d'ailleurs indifférent aux diverses préoccupations de sa femme en particulier, à elle-même et à sa maladie en général.

Vis à vis de son fils, elle dit n'éprouver aucun sentiment maternel, alors que son mari s'en occupe beaucoup. Ne le supportant que dans la mesure où il la satisfait et ne lui pose aucun problème, elle s'en lasse vite et le fait élever par sa mère, car il restreint trop une liberté dont elle ne sait cependant que faire.

Dans sa profession, employée aux Ponts et Chaussées, elle apprécie le travail d'équipe, dans la mesure où son propre travail est de meilleure qualité que celui des autres et qu'il est assorti de responsabilités. Mais elle ne supporte pas l'esprit de compétition, en particulier lorsque celle-ci s'accompagne d'un risque réel. Dans un tel cas, elle a demandé à changer de service.



Elle est conduite au mariage par l'enchaînement des événements : ayant été vue à plusieurs reprises en compagnie d'un garçon, dans cette petite ville de province, les principes reçues, le désir de ne susciter aucune réaction de quelque origine soit-elle, la livrent à la vie conjugale. Son mari, de deux ans son aîné, exerce sa profession dans l'électronique. C'est un misantrophe indécis, indifférent aux autres, principalement désireux de s'épargner soucis et contrariétés, et lui-même très dépendant de ses parents, ceux-ci vivant à l'abri de tout convention sociale. Après trois ans d'attente, l'enfant espéré arrive, et il est entendu qu'il restera unique. La malade redoutant une nouvelle grossesse, le mari s'opposant à toute contraception, les rapports sexuels deviennent inexistant, ce dont le conjoint se satisfait. Il se montre d'ailleurs indifférent aux diverses préoccupations de sa femme en particulier, à elle-même et à sa maladie en général.

Vis à vis de son fils, elle dit n'éprouver aucun sentiment maternel, alors que son mari s'en occupe beaucoup. Ne le supportant que dans la mesure où il la satisfait et ne lui pose aucun problème, elle s'en lasse vite et le fait élever par sa mère, car il restreint trop une liberté dont elle ne sait cependant que faire.

Dans sa profession, employée aux Ponts et Chaussées, elle apprécie le travail d'équipe, dans la mesure où son propre travail est de meilleure qualité que celui des autres et qu'il est assorti de responsabilités. Mais elle ne supporte pas l'esprit de compétition, en particulier lorsque celle-ci s'accompagne d'un risque réel. Dans un tel cas, elle a demandé à changer de service.

Cette malade exprime des idées d'insatisfaction profonde. Sa vie lui paraît absente de désagrément réel, mais monotone, solitaire, sans amis, sans distraction. Anxieuse depuis son mariage, elle vit dans un ordre méticuleux, appréhende l'inattendu, l'improvisé, en même temps qu'elle le désire dans d'autres circonstances. Car en fait, ce qu'elle craint, c'est de ne pouvoir faire face, et ressent un profond besoin de sécurité, insatisfait. En toute circonstance, elle doute d'elle-même. Hypersensible et vulnérable, elle n'arrive ni à s'imposer (comme elle le désirerait) ni à accepter ce qui lui est étranger. Dans sa vie sociale comme dans sa vie personnelle, tout est marqué par l'inhibition, la peur d'être ridicule. Cela la conduit à jouer un rôle de perfection, évitant tout conflit, se plaçant en dépendance mais en éprouvant une agressivité jamais exprimée, et dont elle se sent d'autre part coupable. Ce qu'elle redoute, c'est le conflit mais surtout l'échec. Elle préfère alors accepter tout ce qu'elle ressent comme des blessures narcissiques, des frustrations.

La maladie aura fait naître chez elle une plus grande angoisse : la peur de mourir, en dehors de toute protection. Elle se sent diminuée dans ses possibilités d'existence. Seule, la stricte observation du traitement la rassure et lui permet de lutter contre son angoisse. La seule «satisfaction» qu'elle éprouve de cet état, c'est l'alibi qu'il lui procure pour aller habiter chez sa mère, en période de crise, et revivre encore cet «âge d'or» abandonné.



C - OBSERVATION N 28 : KLE... Jean, 53 ans. Marié. 5 enfants.

Malade hospitalisé pour état de mal asthmatique et bilan.

Il s'agit d'un asthme apparu dans l'enfance, à l'âge de deux ans, qui disparaîtra à 10 ans, pour ne réapparaître qu'à l'âge de quarante cinq ans, s'aggravant alors rapidement, entraînant une dyspnée de repos augmentée à l'effort. Les crises survenant à la fréquence d'une par jour, vont augmenter en durée et en intensité, se rapprocher, et cela essentiellement à la suite d'un épisode grippal ancien d'un an (du moins est-ce ainsi que le malade présente sa maladie). On note l'absence de corrélation entre quelque facteur étiologique et la survenue des crises, celles-ci apparaissant lors des contrariétés, des conflits, et lorsque le malade perçoit certaines odeur, de tabac en particulier. Le bilan pratiqué est négatif. A la sortie du service, le malade suivra un traitement composé de neuroleptiques sédatifs (et de théophylline en cas de nécessité). Revu régulièrement, sa maladie est en voie d'amélioration.

Monsieur K... est issu d'une famille dont on sait peu de choses, car d'emblée, ayant appris qu'il allait rencontrer un psychiatre, il s'oppose rigoureusement à toute investigation de ce type. Son père était virtuellement absent du cadre familial, et d'un caractère difficile. Le malade est le dernier d'une fratrie de quatre. De son enfance, il ne parle pas volontiers, tout au plus il avoue qu'elle fut difficile, ne lui a pas donné beaucoup de satisfactions. Il a commencé à travailler très tôt, comme conducteur de camions, et a rapidement gravi les échelons professionnels pour parvenir à un emploi de grande responsabilité. Par ailleurs, tout dans sa vie d'adulte est réussi : il vit heureux, est satisfait de sa famille, de sa situation, de sa vie d'homme en tous points admirable : brillant militaire, il mena une guerre exemplaire, entreprend-il un sport, il y excelle bientôt. Les exploits sont son domaine, il est apparu sur les écrans de télévision, son nom figura un jour dans le journal. Le travail, les responsabilités ne l'effraient pas : il s'adonne à de multiples activités locales, il est connu dans son quartier, il est respecté. Aussi un entretien psychologique serait à son égard une intolérable mise en doute de sa valeur.

Les difficultés de cet homme débutent paradoxalement par un héritage, héritage dont sa femme est la bénéficiaire. Elle décide alors d'acheter un magasin, où elle travaillera, qui sera son affaire, dont elle recueillera les profits. En même temps, sa fille aînée, pour laquelle il éprouve une affection particulière, se marie. Enfin, son âge ne lui permettant plus certains exercices physiques, ses conditions de travail vont évoluer : il sera alors dans un bureau, loin des activités qu'il aime et où il se plaît à exercer son autorité. C'est dans le cadre de ces événements que l'asthme va commencer. Bien qu'initialement peu important, il entraîne chez lui des troubles du comportement social : le malade devient irritable, ne supporte plus que d'autres fument en sa présence, que l'on mette sa compétence en doute. Et cependant, dans son milieu professionnel, on fait des erreurs parce qu'on ne l'a pas écouté. Il faut sans cesse qu'il soit sur le qui-vive, et malgré cela ses conseils ne sont pas suivis, les jeunes n'en font qu'à leur tête, il se demande même si ils ne se moquent pas de lui. D'ailleurs ses ennuis ne concernent plus que son travail : il est en butte aux persécutions des administrations qui veulent sa ruine, tout n'est que tracasseries et humiliations. L'asthme s'aggrave, ses conditions de travail évoluent en conséquence, et à leur tour retentissent sur l'état morale et la maladie...



## ASPECTS CRITIQUES

Il peut sembler paradoxal que, sur un ensemble de 50 observations, seules trois d'entre elles soient exposées dans leur détail. Elles constituent cependant le reflet exact de la totalité des cas observés. Si leur choix a été déterminé par l'extrême schématisme qui préside à leur développement, on constatera par la suite que ces trois cas ne constituent que trois aspects du même problème, et que les autres se situent en un point quelconque du lien qui les relie ensemble.

M. et E. BALINT (4) ont suggéré l'existence simultanée de deux maladies : l'une autogène, créée par le malade à partir de ses diverses sensations anormales et proposée au médecin dans une apparente cohérence, l'autre iatrogène, d'origine médicale, réorganisation de la première selon un cadre clinique défini. En ce qui concerne la maladie autogène, celle de l'asthmatique est le plus souvent inorganisée et présentée au médecin dans une certaine anarchie. Tout au plus le malade aura essayé de l'élaborer secondairement à partir de notions acquises au cours de sa fréquentation médicale, et elle sera alors centrée sur des notions d'hérédité, d'épisodes infectieux ou allergiques. L'appréciation de l'importance des divers facteurs historiques aura donc été faite selon la méthode des corrélations biographiques (F. DUNBAR) et cliniques.

En ce qui concerne le « diagnostic » psychologique porté sur le caractère ou les conduites du malade, il concerne essentiellement le type des mécanismes de défense mis en jeu au niveau clinique, et non la structure psychique sous jacente dans sa conception psychanalytique. Dans un tel cadre, on trouvera évoqué le caractère sensitif, qui correspond à celui décrit par KRETSCHMER comme support au délire sensitif de relation, ou au caractère hyperémotif de DUPRE.

L'étude d'un nombre élevé de cas permet de situer l'importance quantitative des divers facteurs invoqués et participant plus ou moins directement à la maladie, d'appréhender les relations pouvant exister entre eux. Elle précise donc le cadre dans lequel survient la maladie, alors que l'étude approfondie de quelques observations nous en montre les mécanismes intimes.



*«Continuerai-je jusqu'à ma mort à mener une vie que même des malades gravement malades ne mènent pas, privé de tout, de la lumière du jour, de l'air, de tout travail, de tout plaisir, en un mot de toute vie».*

*Marcel PROUST*

PSYCHOLOGIE CLINIQUE



## I. DE L'ENFANCE A LA MALADIE.

L'étude des antécédents familiaux des enfants asthmatiques est l'un des éléments les plus fréquemment retrouvés dans les divers approches de cette maladie. Après ALEXANDER, M. SOULE (50) relevait des troubles relationnels entre la mère et s'associant chez la mère à des troubles fonctionnels gravidiques d'une fréquence également marquée. Par la suite, la mère témoignerait d'une attitude associant rejet et hyperprotection. R. MEYRICK élargit la vision du problème en posant comme facteur pathogène non pas la seule existence d'une mère dominatrice, mais son association à un père de caractère permissif, phénomène qu'il retrouve tant chez l'enfant que chez l'adulte. Pour A. BAUDUIN, la relation du père avec son fils asthmatique est de type fusionnelle homosexuelle.

L'existence de tels facteurs paraît moins évidente chez l'adulte, et peut-être y sont-ils plus diversifiés. Si l'on recueille les éléments proposés par les malades, c'est-à-dire issus d'une appréciation exclusivement subjective, on obtient des situations familiales se répartissant en diverses catégories :

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| - Milieu familial dit normal                     | 11 |
| - Affection psychiatrique chez l'un des parents  | 2  |
| - Dissociation                                   | 6  |
| - Absence totale de l'un des parents             | 9  |
| - Déséquilibre (autoritarisme ou dévalorisation) | 15 |
| - Rejet du malade hors de la famille             | 12 |
| - Dépendance vis-à-vis de l'un des parents       | 18 |
| dont couple mère-fille                           | 5  |
| mère-fils                                        | 4  |
| père-fille                                       | 6  |
| père-fils                                        | 3  |

Si plusieurs de ces éléments peuvent être associés entre eux, on constate par ailleurs que la notion de couple parent-enfant ne semble pas prédominer dans un sens quelconque. L'élément le plus remarquable paraît être la dépendance des malades du sexe féminin à un père qu'elles ressentent dévalorisé par une mère autoritaire, dévalorisation à laquelle elles auront été particulièrement sensibles sur le plan affectif. Le rang du sujet dans la fratrie ne paraît pas intervenir.

Il est intéressant de comparer la proportion de milieux familiaux pathogènes au nombre d'antécédents allergiques retrouvés parmi les antécédents héréditaires, même lointains, et collatéraux :

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| - milieux familiaux pathogènes         | 39 |
| - antécédents asthmatiques             | 17 |
| - «allergies diverses» (dont cutanées) | 4  |

Ainsi, la notion d'hérédité asthmatique ou allergique (dans son sens le plus large), souvent alléguée par les malades eux-mêmes, est loin de recouvrir aussi largement les facteurs héréditaires que la notion de milieu pathogène. Encore qu'il faille envisager dans la transmission des maladies fonctionnelles telles que l'asthme, l'intervention d'un processus



d'identification à un «idéal de maladie», dans le sens où l'on parle d'Idéal du Moi. De telles observations, dont certaines rapportées par K. ABRAHAM (\*) chez des enfants adoptifs, expliqueraient la répétition juxtalinéaire de situations pathologiques chez un malade et l'un de ses parents.

Parmi les antécédents personnels, le même déséquilibre est retrouvé au détriment des notions d'allergie :

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| - Antécédents psychiatriques (ayant nécessité d'intervention d'un spécialiste ou le placement en milieu protégé | 12 |
| - Antécédents de troubles fonctionnels                                                                          | 22 |
| - Antécédents «allergiques» (voies aériennes ou autres)                                                         | 13 |

Il serait en fait plus juste de situer certaines maladies, considérées bien souvent comme allergiques parce que précédant l'asthme, dans les troubles fonctionnels. Cela dans la mesure où des corrélations cliniques et des examens para-cliniques font défaut pour en affirmer la véritable nature, tels que certaines dermatoses et prurits.

Quoi qu'il en soit, la proximité des rapports existant entre l'asthme et divers symptômes psychopathologiques apparaît comme évidente, sans que l'on puisse cependant alléguer d'alternance entre les deux types de manifestations, ainsi que le font APPEL et ROSEN (\*). Ces troubles dits psychiatriques sont constitués le plus souvent par des épisodes dépressifs pouvant s'accompagner de tentatives d'autolyse. En ce qui concerne les troubles fonctionnels, on retiendra surtout l'anorexie et l'obésité, divers troubles digestifs, ainsi que les troubles du cycle menstruel chez la femme. Ont été également inclus quelques rares cas de tabagisme majeur et d'éthylisme.

La maladie asthmatique apparaît à un âge très variable, qui peut être relativement avancé et proche de la soixantaine. Dans 10 cas, il s'agit de la réapparition d'un asthme de l'enfance, mais à l'exception de l'un d'entre eux, il y aura toujours une solution de continuité entre les deux phases de la maladie. Cette période libre peut être indemne de toute affection ou correspondre à un épisode morbide d'une autre nature. Dans sa plus grande partie, cette population de malades a été le plus souvent étudiée dans la période suivant l'aggravation de l'asthme. Il a donc été aisé de la répartir en trois catégories :

|                           |    |
|---------------------------|----|
| - Asthme grave d'emblée   | 26 |
| - Aggravation secondaire  | 16 |
| - Aggravation progressive | 8  |

(\*) K. ABRAHAM, Cité par J.P. VALABREGA. *Les théories psychosomatiques* - p. 160

(\*) APPEL J., ROSEN S.R., Cités par E. KELLY et B. ZELLER. *Asthma and the psychiatrist* - p. 378



Est considérée comme progressive une aggravation qui s'étend sur une durée supérieure à six mois. Si l'on tient compte de ce laps de temps arbitrairement fixé, deux autres éléments sont intéressants à considérer. Ce sont les notions de :

- Facteurs psychologiques intervenant dans l'aggravation 33
- «Balancement psychosomatique» entre affection somatique et asthme 7

tous deux étant liés à l'aggravation ou l'apparition de l'asthme par un délai égal ou inférieur à six mois.

Lorsque l'on analyse les éléments psychologiques concordant avec l'aggravation, ceux-ci se répartissent selon trois directions, éventuellement associées :

- a) Atteinte du malade dans sa propre personne ou dans sa relation conjugale. 23

Sont placés dans cette catégorie les atteintes médicales ou chirurgicales portant sur le malade (4), les échecs professionnels (4), la maladie, décès ou rupture avec le conjoint (8), la survenue d'une ménopause chez une femme sans enfant ou d'une grossesse (6).

- b) Altération de la relation entre le malade et ses parents. 10

Qu'il s'agisse de séparation, de deuil, ou de remariage de l'un des parents veuf (7), du remplacement du père dans sa situation professionnelle (2), et du retour de l'un des parents disparu (1).

- c) Altération de la relation entre le malade et sa descendance. 10

Il s'agit alors de conflit, de séparation ou de mariage, et plus rarement de maladie.

- d) Modification de l'équilibre dans la fratrie. 2

Cependant, malgré l'apparente diversité de ces facteurs, il faut voir là plus qu'une simple difficulté qu'éprouve l'asthmatique face au changement, plus que des événements susceptibles de ne provoquer qu'une réaction thymique ou comportementale passagère. En effet dans leur très grande majorité, les événements qui entraînent un mouvement de bascule dans la maladie grave atteignent le malade dans l'image qu'il a de lui-même ou qu'il désire offrir, dans sa façon de se situer par rapport au monde qui l'entoure.

Dans les huit cas où la rupture d'équilibre avec le conjoint intervient dans le déroulement de la maladie, ce conjoint remplissait vis-à-vis du sujet un rôle parental de protection et d'amour, et le sujet lui était extrêmement dépendant. Il en est de même en ce qui concerne la dépendance vis-à-vis du parent concerné par le conflit, alors que dans les cas où le malade a dû remplacer son père dans son travail, il l'aura fait contre son gré et aura conçu ce nouveau statut comme frustrant, mais n'en n'aura jamais rien dit. A l'égard de celui de ses enfants qui lui fait soudain défaut, la réaction apparaît liée à la relation toute préférentielle qui était établie entre le sujet et celui-ci. Pour diverses raisons historiques, le malade s'était installé dans une situation de complémentarité avec lui, que ce dernier soit vécu comme le seul bien possédé ou qu'il soit chargé de réaliser ses désirs déçus. Ainsi, que les événements affectent l'intégrité du sujet ou l'image qu'il s'en fait, qu'ils atteignent sa relation avec son être le plus cher, la réaction qui s'en suit se rapproche, par un trait pour le moins, de la mélancolie : l'objet privilégié étant perdu ou altéré, le



## II. LES CONDUITES ET LES CRISES.

Il est au premier abord difficile d'appréhender, dans l'étude du comportement de l'asthmatique, le lien qui peut les réunir. On ne peut que constater la juste répartition des travaux proposant l'anxiété ou la dépression comme symptôme fondamental. Si les malades présentent des symptômes psychopathologiques le plus souvent évident, ceux-ci auront rarement assez d'importance pour que l'on puisse porter un diagnostic clinique de névrose. Il s'agit plutôt de traits de caractère, de mécanismes de défense d'usage occasionnel, éventuellement cristallisés sur certaines situations. L'intérêt est d'en préciser les rapports avec la maladie.

Dans leur ensemble, les aspects névrotiques se répartissent ainsi :

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Hypochondriaques               | 10 |
| Hystériques, Hystéro-phobiques | 14 |
| Obsessionnels                  | 8  |
| Sensitifs                      | 9  |
| Psychotiques                   | 1  |
| Divers                         | 8  |

Lorsque la personnalité est dominée par l'angoisse, l'asthme est volontiers associé à des préoccupations hypochondriaques et à des paroxysmes respiratoires et anxieux, rétrocedant rapidement par le simple fait de l'hospitalisation. Dans de tels cas, il est parfois difficile de déterminer de qui revient à l'asthme et ce qui revient exclusivement à l'angoisse, d'autant qu'il a été noté une augmentation de la tendance à l'anxiété proportionnelle à la gravité des troubles respiratoires, aussi bien dans les cas de bronchite que d'asthme. (N.C. OSWALD et Coll. 40). La maladie est vécue «au jour le jour» et n'a pas encore trouvé son sens, son organisation. Il s'agit alors plus d'une réaction que d'une conduite ; les crises asthmatiques et anxieuses revêtent des allures d'accident et s'intriquent entre elles, comme le montre cette observation :

*Madame Josette DER..., 38 ans, est mariée et mère de 3 enfants. Née la 5e d'une fratrie de dix, sa mère était «une grande nerveuse» asthmatique. Elle présente, depuis sa première grossesse qu'elle ne désirait pas, une obésité de 92 kilogs, par boulimie. L'asthme débute à la suite d'une troisième grossesse. et s'aggrave progressivement. Les facteurs psychologiques et infectieux semblent seuls en cause. Ces crises surviennent d'une part avec une prépondérance hivernale, d'autre part lors des émotions et surtout la nuit, en particulier lorsqu'elle est réveillée par un cauchemard. Elles se caractérisent par l'importance de l'angoisse, s'accompagnant d'une impression de mort imminente, de constriction thoracique et ne cèdent que si la malade allume la lumière. Lors de l'hospitalisation, et en dehors de toute infection, la malade s'améliore rapidement et ne présente pas de crises jusqu'à sa sortie. Mais elle se plaint par ailleurs de divers troubles difficilement objectivable, de type fonctionnels (observation n 14).*

Dans de tels cas, malade et maladie paraissent encore très accessibles, tant à la compréhension qu'à la thérapeutique. A un degré de plus, comme on le rencontre assez souvent, l'asthme s'inscrit dans une perspective plus élaborée sur le plan psychologique. Il perd alors son caractère occasionnel pour acquérir une valeur équivalente à celle d'une conduite de type névrotique, et la maladie se trouve intimement liée aux mécanismes psychologiques concernés, elle fait désormais partie de leur développement, tels que les comportements de type phobique ou hystéro-phobique.

*Madame JAR... Colette, 34 ans, propose une histoire qui commence à l'âge de 6 ans, au décès de sa mère. La malade, très fixée affectivement à son père, supporte mal le remariage de ce dernier et passe son enfance en conflit avec sa belle-mère, puis dans l'exercice intensif des sports. Elle se marie pour éviter la prolongation d'un tel conflit, mais ce mariage aboutit à un échec, car elle n'a en fait aucun contact affectif avec*



*son mari et elle n'éprouve d'ailleurs aucun désir sexuel. Le divorce succède de peu au décès du père dont elle reprend l'affaire commerciale en faillite. Elle y investit désormais toute l'énergie qu'elle avait consacrée auparavant aux conflits familiaux ou aux activités physiques. Quelques années se passent ainsi dans le surmenage et l'hyper activité, ainsi que dans la solitude. C'est lorsque cette perpétuelle fuite en avant n'a plus lieu d'être de par le succès rencontré, qu'apparaît progressivement un asthme qui lui permet à nouveau de se renfermer sur elle-même, d'éviter les contacts avec le monde extérieur, de s'absorber dans la lecture. (observation n° 47).*

La maladie peut donc, dans certains cas, remplacer un épisode purement psychiatrique. Alors que certains se dépriment gravement lorsque, après avoir traversé milles embûches, tout semble enfin aller pour le mieux, cette malade utilise l'asthme, qui lui permet des conduites d'évitement, de fuite, et qui, somme toute, est moins difficile à supporter que l'angoisse liée à des conflits psychiques. C'est ainsi que les traits phobiques ou pseudo-phobiques sont les plus souvent rencontrés. Ces situations concernées appartiennent à tous les types, mais les plus fréquentes sont les situations sociales. Ce sont elles qui sont le plus redoutées par le malade car il y perçoit un risque d'échec plus important que dans le milieu familial et familial. Mais elles sont également appréhendées parce que le malade perçoit volontiers le monde extérieur comme hostile. Cet aspect explique qu'un nombre remarquable de malades mène une existence cloîtrée, ou bien élit domicile à un 5e ou 6e étage, prétextant la maladie pour n'en pas bouger, mais refusant à tout prix un déménagement.

A l'extrême, cette appréhension du monde qu'a le malade peut s'organiser sur un mode interprétatif : le monde n'est pas seulement dangereux, il l'est tout particulièrement à son égard. Il y voit partout intentionnalité de le mettre en échec, de lui nuire. Cet aspect peut revêtir plus ou moins d'acuité. Il est évident dans la troisième des observations détaillées (observation C ou n° 26), il est plus discret dans celle qui suit :

*M. BER... Léon, 57 ans, fils unique, est agriculteur, ayant repris l'exploitation paternelle. Sa maladie asthmatique remonte à l'âge de 25 ans environ. Il présentait alors deux à trois crises par an. L'aggravation se situe lorsque sa fille, qui est son seul enfant, se marie avec un maçon portugais. Il en éprouve un double regret du fait du départ de sa fille et du fait que l'exploitation de ses terres va se terminer avec lui. Il se sent alors fatigué, asthénique, dépressif, et présente des accès impulsifs ou caractériels dont il est culpabilisé. Il explique au médecin qu'on ne l'aime pas, qu'on ne comprend pas sa souffrance, sa valeur, qu'il est mal soigné. Il perçoit le monde extérieur comme mauvais, agressif, susceptible de lui faire encore perdre le peu qui lui reste. Tout, et surtout sa maladie, est interprété comme brimade, voire persécution. (observation n° 6).*

Ainsi, la rareté avec laquelle est observée l'association de l'asthme avec une affection psychiatrique caractérisée, tant dans la littérature que dans cette étude, pose le problème de la valeur psychologique de la maladie. L. REES (45) considère que la maladie peut soit tenir lieu d'affection psychiatrique, soit jouer un rôle protecteur vis-à-vis de celle-ci, soit enfin s'intriquer avec une telle affection. Mais rien ne lui permet d'avancer la vérification de l'une de ces trois hypothèses, et il se borne à constater que la fréquence des troubles névrotiques est plus marquée dans les affections psychosomatiques, comme l'asthme, que dans les groupes-contrôle ou chez des malades souffrant d'affections sérieuses et chroniques. Et si les traits névrotiques les plus divers peuvent être retrouvés (J. CAIN, 8), si on a dans certains cas envisagé une structure paranoïde (TAMARIN)\*, ces notions trop disparates sont impropres à apporter une certaine cohérence. Ni le processus névrotique, caractérisé essentiellement, selon FREUD, par un refoulement de l'instinct, ni le processus psychotique, refoulement de la réalité, ne rendent compte encore d'une certaine impression d'unité qui se dégage des asthmatiques graves. Aussi faut-il se demander si la maladie doit être considérée comme un «système psychosomatique» à valeur dynamique et économique, témoignant alors d'un sens, ou bien comme l'organisation historique, au niveau mental, de paroxysmes au sein d'une entité morbide médicale.

L'étude des épisodes critiques apporte un élément de réponse. Le premier aspect remarquable en est la fréquence d'absence de corrélations entre facteur étiologique et crise

---

(\*) G. TAMARIN, Cité par E. KELLY et B. ZELLER.



d'asthme. De même, chez un nombre non négligeable de malades (19), la recherche de facteurs étiologiques aboutit à un résultat négatif, ce groupe correspondant, pour M. G. RESH, à une entité psychologique. Il ne semble cependant pas exister, à ce stade de gravité, de différence entre ces sujets et les autres. L'unité est retrouvée lorsque l'on classe les facteurs déclenchants des crises en trois groupes, communs à l'ensemble des malades :

- les facteurs étiologiques cliniques (allergiques, infectieux, climatiques, endocriniens), qui peuvent cependant, par certaines de leurs correspondances psychologiques, être parfois soumis à la critique ;
- les sentiments liés à des situations actuelles, tels que colères et autres émotions, angoisse, peur de l'échec et frustration, actes sexuels, et on serait alors tenté de les rapprocher des situations phobogènes ;
- les éléments à considérer comme représentants d'affects non conscients, tels que odeurs, fumées, rêves.

La nature de certains de ces facteurs explique donc que le malade, étant hospitalisé et alors en situation protégée, ne redoutant plus le surgissement de ces situations pathogènes, ne présentera pas d'épisode critique.

Mais l'élément qui semble particulièrement important à considérer chez cette population d'asthmatiques n'est pas l'existence de crises à déterminisme psychologique. Le rôle des émotions, celui du conditionnement sont connus depuis longtemps. C'est l'importance de tels mécanismes dans le déterminisme et la répétition des crises qui paraît particulièrement remarquable. Cette notion de vulnérabilité psychologique (CHAPON. A. 9) (\*) est renforcée par l'observation d'un accroissement de la fréquence et de l'intensité des crises chez des sujets traversant une période dépressive. Cependant, une explication exclusivement mécaniste et psychophysiologique prive le symptôme de son sens.

La crise d'asthme peut être action ou réaction. C'est-à-dire qu'elle est susceptible de précéder ou d'accompagner une situation ou sa représentation mentale. En ce sens, on peut évoquer l'utilisation de la crise à des fins d'évitement, en particulier de situations comportant l'éventualité d'un échec, et redoutées comme telles.

La crise peut apparaître en réaction, et on aura alors invoqué «une déficience de l'élaboration mentale des tendances agressives» (R. A. PIERLOOT, J. VAN ROY 44) et l'agressivité en général. Il ne semble pas que ce soit à ce niveau que l'explication puisse être satisfaisante, car elle n'est qu'un simple commentaire du phénomène. Il en est de même de l'hypothèse selon laquelle la crise constituerait l'exutoire de pulsions trop fortes et inexprimées, d'autant que des crises secondaires à des émotions agréables ont été également rapportées. (I. STEVENSON, 52). Il n'en n'est pas moins exact que les pulsions, agressives ou autres, sont inexprimées par le sujet ou que leur expression en est différée, et qu'elles interviennent dans le déterminisme des crises.

Approfondissant le problème dans une perspective psychanalytique, SCHMITZ et LANTERI-LAURA (49), après ALEXANDER, interprètent la crise comme «un cri de détresse devant des situations menaçant la dépendance du sujet à l'image maternelle, lors d'échecs des mécanismes de défense habituels». Il semble en fait difficile, en restant proche de la clinique, d'accepter une interprétation univoque de la crise, interprétation dont le schématisme est lui-même équivoque. En fonction de certains traits de caractère de la personnalité, et selon les circonstances, sa signification peut varier. Elle peut réaliser la satisfaction déguisée d'une pulsion, être l'indice d'un retour du refoulé (si on veut lui prêter le sens de symptôme névrotique), elle peut également avoir une fonction d'appel, témoigner d'un désir de régression et même se situer dans une conduite masochiste. Mais constituant une réponse apprise et répétitive, à la fois défensive et adaptative, la crise est avant tout au service d'une personnalité, et c'est l'étude de celle-ci qui permettra d'en saisir le sens profond.

---

(\*) A. CHAPON - Thèse inspirée par M. DEFAYOLLE.



### III. LA PERSONNALITE DE L' ASTHMATIQUE GRAVE.

Si il n'a pas été proposé jusqu'alors de portrait cohérent de l'asthmatique, on peut incriminer deux raisons : l'absence d'homogénéité des populations ayant servi aux études et les caractères retenus pour composer un tel portrait. En fonction du degré de gravité de la maladie, il apparait que des traits communs se dégagent, et que ceux-ci peuvent se manifester sous forme de tendances ou de conduites, la disparité apparente étant due au fait que des effets radicalement opposés ne sont que témoignage d'une même cause. Seuls donc les traits pertinents seront retenus dans l'exposé de cette personnalité.

L'asthmatique se présente avant tout comme l'image du doute (angoisse), de l'insatisfaction permanente ou de la douleur morale (dépression). Mais ces deux aspects vont s'intriquer tout au long de l'histoire du malade et de ses rapports avec les autres.

L'anxiété provient au premier abord de la mauvaise image qu'il a de lui-même ainsi que de la difficulté qu'il éprouve à s'imposer aux autres. De nature introverti et porté à l'introspection, le malade se reconnaît des mérites, mais il désirerait qu'on les lui reconnaisse sans qu'il ait besoin de faire preuve de ceux-ci. Car en fait ses rapports avec le monde extérieur s'effectuent selon un mouvement bien caractéristique : le sujet ne se perçoit et perçoit la réalité qu'à travers les autres et non à travers ses possibilités propres. Inhibé dans ses manifestations sociales, il ne peut jouer le rôle qu'il souhaiterait et doit se contenter de subir. Cette inhibition a pour origine apparente son perpétuel désir de gratifications : dans son désir d'être aimable, il s'efforce d'être ce qu'il perçoit du désir de l'autre. Cette tendance à plaire sera parfois responsable d'un comportement d'apparence séducteur proche de celui de l'hystérique. Une telle dialectique des rapports ne peut qu'être à l'origine de frustrations. Cette soumission, qui obéit à une contrainte interne, lui renvoie en retour une impression de dévalorisation, alors qu'elle était primitivement destinée à procurer une gratification d'amour propre. Ce sujet s'installe donc dans un système fonctionnant sur le mode du cercle vicieux. Son incertitude initiale, son sentiment de manque en seront aggravés, le blocage de l'expression de son affectivité renforcé.

L'asthmatique vit donc dans les désirs, inconciliables pour lui, de s'affirmer, d'être aimé tel qu'il est, et de s'installer avec les autres en situation de dépendance, qui représente à moindre risque une éventualité de gratification sinon de valorisation, et l'évitement partiel des frustrations. En effet, avec les autres, il se montre sociable mais grégaire et soumis. Dans l'impossibilité d'établir une communication authentique, il recherchera les conseils et les encouragements, mais vivra dans la crainte d'être abandonné. Son contact, sous-tendu par le désir d'être aimé, exclut toute opposition de sa part. Ce but recherché explique que parfois il compense son impression de faiblesse par un comportement apparemment brillant, lui conférant à l'extrême une tonalité historionique. Mais ses démonstrations de culture et d'intelligence sont destinées à recueillir l'estime des autres dont il a besoin pour s'aimer lui-même.



Cette insuffisance tendra parfois à se compenser dans le surmenage professionnel, dans l'occupation de postes de responsabilité, dans l'acquisition de titres honorifiques. L'équilibre peut également être obtenu par une relation avec un objet valorisé, avec qui le malade entretiendra des relations quasi fusionnelles, vécu comme une partie de lui-même ou chargé de réaliser ce qu'il n'est pas. Cela pourra alors être le cas de l'un de ses enfants ou de son conjoint, mais il peut également trouver ce complément dans un bien matériel tel qu'une affaire commerciale ou une exploitation agricole. La nature de ces objets explique bien que, lorsque l'appétit n'était pas insatiable et que l'équilibre aura été trouvé, celui-ci ne peut être que fragile et à la merci d'événements tels que décès, mariage, faillite. De tels événements, même mineurs, atteignant d'emblée le sujet tout entier, sont à l'origine des états dépressifs si souvent observés. On retrouve alors la plus grande part des facteurs notés dans l'aggravation de la maladie asthmatique.

Si cette impression d'insuffisance, ce manque d'estime pour soi-même peuvent être vécus comme ayant leur origine dans le sujet lui-même, celui-ci pourra également en projeter la cause sur le monde extérieur. Déjà dans des situations normales, il vit dans un climat d'insécurité et d'appréhension, en lutte contre sa propre peur, toujours nostalgique d'un état de sécurité idéal.

A un extrême, le sujet deviendra incapable d'affronter un monde vécu comme menaçant. Il se plaindra alors d'injustices, d'une véritable organisation de malveillances, dont le but est de le diminuer dans l'estime que les autres lui portent et par conséquent dans sa propre estime. Il n'est plus l'acteur, il est la victime. Son discours prend alors des accents paranoïdes.

A l'autre extrême, le sujet aura trouvé une solution dans les conduites d'évitement pseudo-phobiques, en proposant éventuellement sa maladie comme alibi. Il mènera alors une vie retirée d'un monde avec lequel tout échange est vécu comme un affrontement. Son expérience lui a montré que, pour les raisons évoquées, l'affrontement conduit à l'échec et à la frustration. Ceux-ci sont intolérables car pour lui il n'est jamais d'échec partiel, ne concernant qu'une action ou qu'un seul sentiment, mais il est concerné tout entier, dans toute sa personne et même souvent dans son devenir.

Ainsi, la manière dont l'asthmatique perçoit le monde et se perçoit en même temps est dominée par deux aspects : l'impact du présent sur lui-même et l'adhérence au réel dont il tire sa propre image, ainsi que la totalité de son engagement dans ce réel. Ces caractéristiques expliquent divers traits observés chez lui. L'inadaptation aux besoins même simples de l'existence, l'absence de souplesse de ses réactions, stéréotypées comme le sont aussi ses affects et ses processus intellectuels, proviennent de son manque de recul par rapport aux événements. L'affectivité est labile, l'incertitude mal supportée, les émotions, ni contrôlées, ni verbalisées, de décharge immédiate. Le sujet, incapable de différer la satisfaction de ses désirs, est désorganisé dans ses processus de défense et d'adaptation par la répétition des événements frustrants et des échecs.

Dans ce contexte, les crises d'asthme apparaissent, dans la majorité des cas, comme le témoignage de l'inhibition qui paralyse le sujet dans l'élaboration mentale de ses émois. Elle correspond à un affect non verbalisé. Et si la frustration entraîne de l'agressivité, celle-ci n'est pas la seule cause de ces crises dont l'origine paraît plus diverse. Le sujet enfermé dans un



processus de fonctionnement rigide, source de répétition, n'a que la crise comme possibilité d'écoulement de ses émotions. Devant le dépassement ou l'inexistence de processus de défense adéquat, rien n'est dit mais tout est agi. A ce stade, les caractéristiques de la personnalité asthmatique n'apparaissent pas comme la cause de la maladie, mais la condition de ses caractères de gravité.

L'asthmatique grave fonctionne donc dans ses échanges selon un mode caractérisé par deux aspects :

- donner - recevoir, et son don de lui-même, pour autant qu'il puisse le réaliser, n'est destiné qu'à recevoir plus ;
- tout ou rien, étant engagé tout entier dans la relation dont il espère un apport.

La problématique fondamentale de sa personne ne concerne donc pas tant sa vie pulsionnelle que l'image qu'il a de lui-même ou celle, idéalisée, à laquelle il désire s'identifier. C'est donc le concept psychanalytique de narcissisme qui peut expliquer la genèse et le développement de cet aspect fondamental, prééminent dans l'évolution de l'asthme grave de l'adulte.



*J'aime... J'aime !... Et qui donc peut aimer autre chose  
que soi-même ? ...*

*Paul VALERY*

## PATHOLOGIE DU NARCISSISME



## I - LA NOTION DE NARCISSISME

Se définissant comme l'amour porté à l'image de soi-même, le concept de narcissisme apparaît chez S. FREUD, accompagné de la notion de libido narcissique (15). Il est d'abord conçu comme un stade dans l'évolution psychologique de l'individu avant d'être envisagé comme partie de la structure de l'appareil psychique. La notion de narcissisme sera ensuite développée et étayée par de nombreux auteurs dont B. GRUNBERGER (20).

La genèse du narcissisme trouve son origine dans l'état fœtal initial, conçu comme un état d'homéostasie parfaite. Vivant dans un milieu protégé, libre de tout désir, le sujet est conçu comme autonome, c'est-à-dire n'ayant pas à entrer en relation avec quelque élément pour satisfaire ses besoins, besoins qu'il n'éprouve d'ailleurs pas. On rapprochera donc de cet état narcissique primaire le sentiment de toute puissance, d'invulnérabilité, d'immortalité et d'infini. Il constitue un stade auquel le sujet ne connaît ni tension, ni rapport à des objets extérieurs à lui-même, et demeurera par la suite comme «souvenir» d'un état idéal.

Ultérieurement, alors que va se constituer le moi, instance conciliatrice entre les pulsions, les interdits et les exigences de la réalité, le narcissisme secondaire se pose en tant qu'élément permanent de la structure du sujet (topique) possédant un rôle dans les investissements d'objet (économique) et dans le déroulement des conflits (dynamique).

La conception du narcissisme comme topique fait intervenir la notion de structure en psychanalyse. L'organisation psychique est décrite en terme d'instances : le Ça, le Moi, le Sur-moi, «organisations fonctionnelles interdépendantes» (KSENSEE, 30). Le Ça étant constitué des instincts et pulsions, le Sur-moi représentant les interdictions originaires de l'éducation, essentiellement parentales, le Moi aura pour fonction de concilier les deux autres instances, d'assurer les mécanismes de défense contre les affects et les pulsions. Il est cependant difficile d'envisager le fonctionnement d'une telle structure sans lui adjoindre le narcissisme dont l'Idéal du moi est une formation. Celui-ci représente un modèle issu de l'idéalisation du moi et des identifications aux parents sur lesquels aura été projeté le sentiment de toute puissance infantile. Il induit le sujet à se conduire en fonction de l'amour qu'il recherche auprès des autres et dont il a besoin pour s'estimer.

Le narcissisme jouera un rôle économique par le biais de la libido. Energie psychique issue de la pulsion sexuelle, la libido, qu'elle soit sexualisée ou non, peut se porter selon deux directions : vers les objets extérieurs ou sur le sujet lui-même. Il existe donc deux économies, l'une pulsionnelle et l'autre narcissique, et selon GRUNBERGER, il semble plus juste



de parler de «relation dialectique» entre les deux plutôt que d'équilibre. En effet, dans la relation d'objet, l'investissement de celui-ci se fait dans la mesure où il bénéficie d'une survalorisation, et si le moi reste suffisamment investi. L'objet renvoie alors en réponse une gratification qui constitue un apport narcissique réparateur.

De ce type d'échange se différencie la relation d'objet narcissique. Le choix de l'objet est déterminé par le rôle qu'il est destiné à jouer auprès du moi : complément chargé de combler un manque, en même temps qu'identique ou «en miroir», c'est-à-dire investi d'une fonction narcissique symétrique.

Ainsi «chaque mouvement pulsionnel sera investi narcissiquement et, inversement, chaque élan narcissique sera étoffé par la pulsion» (\*). Les mouvements narcissiques seront difficiles à identifier car n'apparaissant qu'au travers de ceux issus des autres instances. Cependant, l'étude de la dynamique des investissements permet de situer ce qui revient aux pulsions et ce qui revient au narcissisme.

Le rôle dynamique du narcissisme est mis en évidence par la conception génétique de son élaboration. En effet, les premières frustrations éprouvées par l'enfant atteignent son sentiment narcissique de toute puissance et vont le contraindre à restructurer son économie sur une base objectale et pulsionnelle. L'enfant intégrera sa vie pulsionnelle en la narcissisant. Mais il ne peut réaliser cette opération que dans la mesure où des compensations lui permettront de conserver un sentiment de complétude narcissique. Cette valorisation doit être assurée par l'amour des parents afin qu'au terme de la double maturation narcissique et pulsionnelle il y ait d'une part synthèse des deux éléments, d'autre part intégrité narcissique qui permettra au sujet une affirmation du son moi global et l'acquisition de son autonomie. Faute de quoi, le sujet frustré sur le plan narcissique, ne pourra plus désormais ni solliciter les gratifications de manière adaptée et efficace, ni les accepter, les tentatives dans ce sens étant répétées inlassablement mais vouées à l'échec. La blessure du narcissisme évoluera vers l'hypertrophie de celui-ci, ses exigences et son sentiment d'impuissance s'en accroîtront. Le sujet restera fixé à une position inachevée et conflictuelle. Dès lors, les plaisirs pulsionnels seront recherchés afin de réparer la blessure narcissique initiale, et la relation d'objet narcissique sera le type de relation privilégiée. Enfin, si la blessure narcissique peut trouver son origine dans une carence des processus de maturation de l'individu, c'est-à-dire dans son enfance, elle peut être également acquise secondairement à la suite d'un traumatisme affectif, sans que l'on puisse pour autant affirmer que l'importance qu'il acquiert relève d'un terrain prédisposé.

Ainsi le narcissisme est une composante normale de toute structure. Mais si le narcissique équilibré entretient de bons rapports avec lui-même, les autres pourront présenter toute une gamme de manifestations allant de la tendance à se surestimer à la dépression mélancolique, désinvestissement narcissique radical. C'est dans une telle perspective que se situe le nœud de la problématique propre à l'asthme grave de l'adulte.

---

(\*) B. GRUNBERGER. *Opus cité.*



## II - L'ASTHME ET LE NARCISSISME

### - Formation du narcissisme prévalent.

Si c'est dans la mesure où l'enfant aura été narcissiquement comblé tout au long de sa maturation qu'il pourra devenir fort et indépendant et mener une vie pulsionnelle équilibrée, cela n'est pas, de toute évidence, le cas de l'asthmatique.

Alors que la notion de rejet maternel apparaît comme l'une des constantes dans l'histoire de l'enfant asthmatique, il n'en n'est pas exactement de même chez l'adulte. Cela pourrait expliquer pourquoi, en bien des cas, la maladie a pu être différée. Le milieu familial apparaît en fait plus déséquilibré que rejetant, et le malade est lié vis-à-vis de l'un de ses parents sinon des deux, par une dépendance étroite. Que celui-ci de ses parents soit dévalorisé ou non, qu'il remplisse un rôle paradoxalement maternel auprès du sujet, qu'il apporte amour et protection, l'aspect le plus important est qu'il incarne pour ce sujet un idéal auquel s'identifier. Au cours de son enfance, le sujet s'efforcera en tout d'imiter ce parent, faisant taire ses propres désirs afin qu'ils ne perturbent pas cette relation fusionnelle (Observation B). Il n'intègre pas ses pulsions en les narcissisant, et aboutit à une dichotomie narcissisme/vie pulsionnelle dans laquelle le narcissisme exacerbé se conduit en tyran. Par la suite, le malade essaiera de satisfaire ce désir d'identification en incarnant les qualités morales ou intellectuelles prêtées au modèle, ou en essayant de reprendre ses activités professionnelles ou d'acquérir un statut social similaire. Le moi idéal peut également être formé en négatif, le sujet essayant de ne pas être ce qu'il a connu, ou d'être ce qu'il n'a pas connu, telle cette nourrice issue de l'Assistance Publique (Observation A). Il n'en reste pas moins que parfois, l'identification n'étant pas réalisée de manière satisfaisante, il persiste un hiatus permanent insupportable. Dans d'autres cas, cette identification étant fragile, le sujet est menacé par tout ce qui est susceptible d'altérer son image.

C'est ainsi que le devenir et la dynamique de l'asthmatique vont tout entier se dérouler sous le sceau de la prévalence du narcissisme. Alors que cette phase est dépassée au cours de l'évolution normale de l'individu, il y reste fixé définitivement. Le moi sera entièrement asservi, la vie pulsionnelle sollicitée exclusivement à des fins de satisfaction narcissique.

### - Un aspect de la vie pulsionnelle.

Dans sa vie sexuelle, l'aspect le plus marquant en est l'absence ou la fuite, parfois grâce à l'asthme ou à l'hypersomnie. Car ce que le sujet a investi, c'est son désir, et non le moyen de parvenir à le réaliser. Il ne recherche pas tant l'accomplissement que la relation affective, accomplissement dont il ne retire d'ailleurs pas de grande satisfaction. Sa vie en est parfois exempte, et il n'en souffre que dans la mesure où ce vide témoigne de la carence d'affection qu'on lui porte (Observation B). D'ailleurs, lorsqu'il n'est pas marié, il remet volontiers sa vie sexuelle à plus tard, car la séduction lui suffit et le rassure sur sa puissance.



## - La relation d'objet.

Face à un tel sentiment d'incomplétude, l'adulte ne peut trouver son équilibre qu'en établissant une relation d'objet narcissique. C'est-à-dire qu'avec un tel objet il entretiendra des échanges de valorisation réciproque. L'exemple en est sa relation amoureuse : l'objet qu'il aime est son double, mais survalorisé afin de lui renvoyer une estime accrue de lui-même. Cet objet devient donc son complément, il forme enfin avec lui un tout, il se vit entier, achevé. En ce sens, lorsque la relation d'objet est satisfaisante, il n'y a plus de relation, mais fusion en même temps que dépendance. Une nuance doit être introduite dans le choix du partenaire amoureux : celui-ci peut être perçu assez fréquemment comme remplaçant du parent vis-à-vis duquel le sujet, enfant, était entré en relation de dépendance. Cet objet incarne alors l'idéal du moi, beaucoup plus que se situant dans une perspective strictement œdipienne. Mais s'il n'y a pas l'identité souhaitée, le malade, s'apercevant de son erreur, répudiera la relation. Cette notion paraît particulièrement marquée chez un certain nombre de femmes.

En ce qui concerne l'objet choisi dans sa descendance, là encore l'asthmatique se distingue. S'il est normal que l'amour parental soit fortement imprégné de narcissisme, l'asthmatique s'installe dans un état de dépendance étroite vis-à-vis de ce « moi auxiliaire » (Observation A).

Cette relation d'objet se différencie de ce qu'en dit MARTY dans l'étude de la « relation objectale allergique » en ce qu'elle est exclusivement narcissique. L'objet n'est ni bon ni mauvais, son choix est surdéterminé par la problématique narcissique. Cela est en tout cas particulièrement évident lorsque le sujet entretient avec lui une relation satisfaisante et durable. Cette notion n'exclut pas des choix de pis aller en dehors d'une telle relation. Les investissements tendent donc à être stables. Le but de la relation n'est la satisfaction de l'objet que dans le premier mouvement de cet échange ; dans son aboutissement il est celle du sujet. Aussi, si le malade s'installe dans une relation en miroir, ce n'est pas pour se perdre dans l'objet, être pénétré par lui, mais pour lui plaire et dans le plaisir de l'autre trouver le sien.

## - Les décompensations.

La décompensation de ce fragile équilibre pourra donc survenir lorsque l'objet aura perdu les qualités ayant motivé son investissement. Il en est ainsi lors du mariage d'un enfant, de la dépression nerveuse ou de la maladie du conjoint : l'objet n'est plus investi, et le sujet en est de ce fait lui-même dévalorisé. La seconde cause de décompensation apparaît lorsque le sujet, satisfait jusqu'alors de lui-même (ce qui est le cas dans un nombre non négligeable d'observations), subit une atteinte ressentie comme dévalorisante. Cela peut être le cas d'une maladie même bénigne, des échecs, quelle que soit leur nature.

La réaction qui s'en suit est le plus souvent de nature dépressive. Elle s'accompagne d'une aggravation particulièrement nette de l'asthme, qui motive bien souvent l'hospitalisation à plus ou moins brève échéance. Bien que le comportement de type mélancolique soit rarement observé (1 cas), le contenu du discours, l'auto-accusation, les crises asthmatiques d'apparence auto-destructrices peuvent parfois évoquer cet état. Le malade exprime alors sa douleur morale, sans pour autant la rapporter toujours à sa cause. Son vécu est celui d'une impasse : il est vieux, il est seul, il est malade. Mais en fait il a surtout perdu confiance en lui-même, il ne s'estime plus assez pour tenter d'aller plus loin. Il s'accusera alors d'échecs répétés et paraîtra trouver dans la maladie des satisfactions masochistes. Mais celles-ci ne sont en fait que le témoignage des accusations d'insuffisance qu'il se porte. Sa souffrance le grandit ou l'excuse. Elle le sauve de son propre vide (Observation C). Elle peut également le diminuer encore, et il parlera de lui avec des nuances de dégoût. De même, ses plaintes hypochondriaques témoignent



de son agressivité retournée contre lui-même, lorsqu'il ne donne pas l'impression de s'acharner dans la maladie. Lorsque la douleur est moins grande, lorsque le malade projette sur l'extérieur la cause de sa défaite, il se montrera alors surtout anxieux, voire agressif, mais hyposthénique.

#### - Crise et frustration narcissique.

La crise d'asthme est un acting, l'agir s'accomplissant au détriment de la mentalisation et de la verbalisation. Elle est liée à une véritable compulsion de répétition, c'est-à-dire qu'elle constitue un processus incoercible d'origine inconsciente, lié à une dynamique conflictuelle dans laquelle s'opposent principe de plaisir et principe de réalité. Peut-on, avec HOLLANDE et SOULE «dire que le symptôme organique est en lui-même une compulsion de répétition non contrôlée» (26) ? Il ne s'agit pas là d'un symptôme organique, mais fonctionnel. Cette répétition toujours identique peut être liée à «la fixation, sur l'organe lésé, par une sorte de surcharge narcissique, du trop plein d'excitation» (S. FREUD, 16). La crise se définit parfaitement comme «manifestation clinique de premier plan et habituelle traduisant les déterminations inconscientes pulsionnelles aussi bien qu'auto-punitives ou défensives généralement combinées conflictuellement entre elles, intervenant lourdement dans la vie relationnelle du sujet, où il y répète le conflit inconscient, ce qui peut contrarier désagréablement ses aspirations conscientes ou rendre sa société pénible pour les autres» (J. ROUART, 47).

Il n'en reste pas moins nécessaire de déterminer la nature de ses causes. L'étude clinique a montré que celles-ci pouvaient être variées dans leurs aspects, qu'il s'agisse de situation actuelle, même agréable, ou du surgissement de représentant d'affect non conscient. En fait, ces causes ne peuvent se répartir qu'en deux catégories : pulsionnelles ou narcissiques. En ce qui concerne les incitations à caractère pulsionnel, l'étude du narcissisme a montré que, chez ce type de malade, la vie pulsionnelle n'avait pas été intégrée narcissiquement et qu'elle était conflictualisée, donc à l'origine de frustrations. D'autre part, les autres causes à l'origine des épisodes critiques sont, elles aussi, de toute évidence source de frustrations (situations de compétition, échec, conflits...). Si cette notion n'est pas originale, le fait qu'elle soit replacée dans le cadre du narcissisme, aspect prévalent de l'asthmatique grave, permet de saisir combien des facteurs apparemment disparates sont univoques alors qu'ils s'inscrivent dans la seule dialectique possible qui est celle du «donner-recevoir». Cela permet également de comprendre, et non de seulement constater.

#### - Nature de la régression.

Quoiqu'il en soit, si la crise d'asthme a valeur de régression, il semble impropre de lui attribuer la valeur symbolique d'un appel à la mère. D'abord parce que la relation à la mère a été impropre à assurer à l'enfant une maturation satisfaisante et que celle-ci se serait déroulée sous le signe d'un rejet plus ou moins déculpabilisé par l'hyper-protection. Ensuite parce que la problématique ne s'est pas posée par rapport à la seule mère, mais vis-à-vis des deux idéaux parentaux.

Peut-on alors envisager que la crise témoigne d'une pulsion de mort, dans laquelle LAGACHE (\*) voit une tendance extrême à l'abolition des tensions ou la manifestation d'un masochisme narcissique ? Cette hypothèse métapsychologique paraît peu vraisemblable,

---

(\*) LAGACHE, cité par J. LAPLANCHE, 33.



de son agressivité retournée contre lui-même, lorsqu'il ne donne pas l'impression de s'acharner dans la maladie. Lorsque la douleur est moins grande, lorsque le malade projette sur l'extérieur la cause de sa défaite, il se montrera alors surtout anxieux, voire agressif, mais hyposthénique.

#### - Crise et frustration narcissique.

La crise d'asthme est un acting, l'agir s'accomplissant au détriment de la mentalisation et de la verbalisation. Elle est liée à une véritable compulsion de répétition, c'est-à-dire qu'elle constitue un processus incoercible d'origine inconsciente, lié à une dynamique conflictuelle dans laquelle s'opposent principe de plaisir et principe de réalité. Peut-on, avec HOLLANDE et SOULE «dire que le symptôme organique est en lui-même une compulsion de répétition non contrôlée» (26) ? Il ne s'agit pas là d'un symptôme organique, mais fonctionnel. Cette répétition toujours identique peut être liée à «la fixation, sur l'organe lésé, par une sorte de surcharge narcissique, du trop plein d'excitation» (S. FREUD, 16). La crise se définit parfaitement comme «manifestation clinique de premier plan et habituelle traduisant les déterminations inconscientes pulsionnelles aussi bien qu'auto-punitives ou défensives généralement combinées conflictuellement entre elles, intervenant lourdement dans la vie relationnelle du sujet, où il y répète le conflit inconscient, ce qui peut contrarier désagréablement ses aspirations conscientes ou rendre sa société pénible pour les autres» (J. ROUART, 47).

Il n'en reste pas moins nécessaire de déterminer la nature de ses causes. L'étude clinique a montré que celles-ci pouvaient être variées dans leurs aspects, qu'il s'agisse de situation actuelle, même agréable, ou du surgissement de représentant d'affect non conscient. En fait, ces causes ne peuvent se répartir qu'en deux catégories : pulsionnelles ou narcissiques. En ce qui concerne les incitations à caractère pulsionnel, l'étude du narcissisme a montré que, chez ce type de malade, la vie pulsionnelle n'avait pas été intégrée narcissiquement et qu'elle était conflictualisée, donc à l'origine de frustrations. D'autre part, les autres causes à l'origine des épisodes critiques sont, elles aussi, de toute évidence source de frustrations (situations de compétition, échec, conflits...). Si cette notion n'est pas originale, le fait qu'elle soit replacée dans le cadre du narcissisme, aspect prévalent de l'asthmatique grave, permet de saisir combien des facteurs apparemment disparates sont univoques alors qu'ils s'inscrivent dans la seule dialectique possible qui est celle du «donner-recevoir». Cela permet également de comprendre, et non de seulement constater.

#### - Nature de la régression.

Quoiqu'il en soit, si la crise d'asthme a valeur de régression, il semble impropre de lui attribuer la valeur symbolique d'un appel à la mère. D'abord parce que la relation à la mère a été impropre à assurer à l'enfant une maturation satisfaisante et que celle-ci se serait déroulée sous le signe d'un rejet plus ou moins déculpabilisé par l'hyper-protection. Ensuite parce que la problématique ne s'est pas posée par rapport à la seule mère, mais vis-à-vis des deux idéaux parentaux.

Peut-on alors envisager que la crise témoigne d'une pulsion de mort, dans laquelle LAGACHE (\*) voit une tendance extrême à l'abolition des tensions ou la manifestation d'un masochisme narcissique ? Cette hypothèse métapsychologique paraît peu vraisemblable,

---

(\*) LAGACHE, cité par J. LAPLANCHE, 33.



surtout si l'on accepte avec GRUNBERGER que l'inconscient ne connaît pas la mort. En fait, la seule tendance fondamentale chez l'asthmatique, compte tenu de ce qui a été dit précédemment, ne peut concerner qu'un retour à l'état idéal de toute puissance narcissique, aconflictuel et anobjectal.

- Névrose ou psychose ?

Peut-on conserver à l'asthme la dénomination de névrose ? Si l'on admet avec LAPLANCHE et PONTALIS qu'elle se définit comme une « affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense » (32), l'asthme peut paraître correspondre à une telle affection. Cependant le conflit n'oppose pas le Ça au Sur moi, mais le Moi au narcissisme.

Par certains points, l'asthme grave évoque la psychose : le sens de la réalité est profondément modifié, et « chez les asthmatiques aussi bien que chez les psychotiques, nous trouvons une dissociation de la manière d'être-dans-le-corps, dissociation expliquant sur le plan analytique que le monde du désir est détruit » (G. PANKOW, 41). De même, EY, BERNARD et BRISSET soulignent la similitude de la nature du transfert (intensité, fragilité) caractérisant les deux types d'affections (14).

Mais en fait, par sa relation d'objet « en miroir », par l'angoisse qui sous-tend cette relation envers un objet complémentaire ou un moi auxiliaire, par la réaction accompagnant la rupture réelle ou virtuelle d'une telle relation, l'asthmatique se rapproche surtout du déprimé tel qu'il a été décrit par GUYOTAT (21).

Ainsi, le narcissisme paraît à la clef du devenir de l'asthmatique. Il constitue l'instance prévalente, conditionne sa relation d'objet, la dynamique de ses pulsions. Il permet surtout de comprendre l'importance réelle des facteurs cliniques, de situer leur impact. Enfin, il détermine le passage à l'état de maladie grave ainsi que la survenue de décompensations à la fois psychologiques et psychosomatiques que l'on observe lors de l'hospitalisation.



*N'entends-tu pas la douleur de sa plainte ?  
Ne vois-tu pas la mort qui lui livre  
combat ?*

*DANTE*

HOSPITALISATIONS  
ET ASPECTS THERAPEUTIQUES



Dans leur grande majorité, les hospitalisations des asthmatiques sont motivées par des épisodes critiques graves. De tels épisodes ne concernent pas seulement la maladie, mais le malade et sa relation avec son médecin-traitant. L'hospitalisation remet donc en question un certain nombre des multiples éléments en présence.

Si l'hospitalisation possède une valeur très particulière dans la dynamique de la maladie, elle peut également témoigner d'une modification de la relation entre le médecin traitant et son malade. Il s'agit en effet de malades particulièrement difficiles de par leur attitude, que celle-ci se fasse dans le sens d'une demande de prise en charge, souvent très lourde, tant médicale qu'affective, ou qu'elle soit revendicative et même exprime un véritable défi. Ces attitudes entraînent parfois, en réponse, des réactions d'impatience, d'agressivité ou de rejet de la part du médecin-traitant, lassé d'être mis en échec ou sans cesse sollicité par une demande dont la réalité n'est jamais formulée. Aussi est-ce la relation médecin-malade qui est souvent mise en question lors de l'hospitalisation. Cette relation peut en être la cause lorsque le médecin-traitant, excédé, la provoquera à l'occasion d'une crise plus ou moins intense et prolongée ou de la répétition par trop fréquente de celles-ci. Elle s'assortit alors le plus souvent d'une demande de bilan, c'est-à-dire d'une «conduite à tenir» en face de tel ou tel malade. Mais, dans le domaine des aspects psychologiques, il est bien difficile de communiquer une recette, et les notions plus techniques risquent soit de n'être pas comprises, soit de ne pas être suivies d'une conduite appropriée et surtout astreignante.

Ainsi, dans bien des cas, le médecin demande à retrouver son pouvoir thérapeutique par l'intermédiaire du service hospitalier. L'échec que lui a fait subir la maladie a entre autres effets d'apporter dans son esprit le doute sur son efficacité. Il peut s'en défendre en incriminant le



traitement ou le «mauvais» malade, celui qui ne veut pas guérir. L'hospitalisation, médiatrice, lui rendra le symptôme asservi et la puissance intacte.

L'hospitalisation doit également permettre de porter sur la maladie un regard neuf et de se livrer à une analyse critique des principaux facteurs étiologiques classiquement invoqués. Cette analyse doit se faire selon une notion dynamique de la maladie. C'est-à-dire qu'elle envisagera les facteurs en jeu lors des crises mais surtout dans l'évolution et l'aggravation de la maladie.

- Les facteurs allergiques se retrouvent dans 28 cas, et avaient été accompagnés d'une désensibilisation infructueuse, avant l'hospitalisation, pour 13 malades. Il est évident que les facteurs allergiques permettent, tant au malade qu'au médecin, d'incriminer des facteurs concrets somme toute rassurants. Mais, pour cette même raison, la prise en considération exagérée de tels facteurs de la désensibilisation qui s'en suit risquent de n'être ni efficaces, ni sans danger. Il est difficile d'admettre que certaines désensibilisations, pratiquées au long cours pendant deux à cinq ans, comme c'est le cas dans 6 de nos observations, puissent avoir la valeur d'une psychothérapie de soutien.

- Les facteurs infectieux restent, quant à eux, mal définis et la faute en incombe souvent au malade, alléguant après qu'on l'ait questionné dans ce sens, des «bronchites» qui sont souvent loin de présenter quelque critère pathologique précis. Il n'est donc pas habituel de pouvoir incriminer en toute certitude de tels facteurs à l'origine de la maladie, mais ils paraissent cependant influencer l'évolutivité sur un terrain déjà fragilisé par l'asthme, comme c'est le cas, à des degrés variables, dans 16 de nos observations.

- De même, les facteurs climatiques sont souvent mis en avant par le malade qui y voit une explication satisfaisante, alors qu'une transplantation, un séjour de vacances cachent une réalité psychologique tout autre, de même que l'amélioration lors des cures climatiques, dont les jours qui en précèdent l'issue sont souvent le moment d'une reprise des symptômes.

- Des facteurs endocriniens sont soupçonnés dans de nombreuses observations concernant des malades du sexe féminin, qu'ils inaugurent la maladie ou déterminent son aggravation indiscutable. On sait cependant quels troubles affectifs et comportementaux sont susceptibles d'accompagner les divers épisodes de la vie génitale de la femme. De même que l'asthme, les symptômes psychiatriques connaissent bien souvent une recrudescence dans la période prémenstruelle ou apparaissent avec la ménopause.

Le problème n'est en fait pas tant d'exclure quelque facteur étiologique que ce soit, que de saisir ce qui leur est associé de psychologique. MARKHAM (\*) a remarqué que les réponses aux allergènes variaient au cours de l'existence des sujets, leur intensité croissant à la suite de stress psychologiques en même temps que la maladie s'aggravait.

Aussi, devant ces sujets où la sévérité de l'asthme a imposé l'hospitalisation, on se trouve en face soit d'une intrication complexe de facteurs, soit d'une maladie à déterminisme essentiellement psychologique.

---

(\*) T.N. MARKHAM, cité par E. KELLY et B. ZELLER - 27.



Pour le malade, l'hospitalisation se présente comme une période critique, moment d'une double décompensation à la fois respiratoire et psychologique. Cette décompensation survient soit du fait de l'accumulation de tensions internes, soit par la survenue d'événements extérieurs rompant l'équilibre aléatoire de sujets disposant de possibilités d'adaptation et d'expression limitées, et n'ayant comme solution que celle du retrait dans la maladie, compte tenu des aspects régressifs que représente celle-ci, tout particulièrement en milieu hospitalier. On peut dire qu'en règle générale, dans l'asthme, un état respiratoire critique, qui mobilise toute l'attention du médecin, dissimule, plus ou moins bien d'ailleurs, un état psychologique également précaire, et que tous deux auront tendance à évoluer conjointement. Si l'on ne veut pas négliger cet aspect, et si l'on accorde au malade un entretien dans des conditions valables dès qu'aura cédé sa détresse physiologique, on découvrira un état dans lequel l'anxiété le dispute à la dépression, car deux éléments se répartissant ainsi :

|                |    |
|----------------|----|
| - Dépression   | 23 |
| - Angoisse     | 15 |
| - Aspect mixte | 6  |
| - Normal       | 6  |

L'hospitalisation correspond en outre à un moment privilégié de la maladie ; on constate en effet une désintégration du système psychosomatique, c'est-à-dire de la construction organisée, rationnelle et défensive qu'offre d'ordinaire le malade au praticien et derrière laquelle il se retranche. Elle permet donc une investigation beaucoup plus riche, qui met en évidence un matériel psychologique à l'état brut, dans toute sa confusion alors que plus tard, au fur et à mesure que le sujet récupère sur le plan respiratoire, il réorganise également l'ensemble de son système psychologique dans une apparente cohérence. La différence de comportement lors de l'entretien est sensible d'un sujet à l'autre en fonction du délai écoulé depuis l'entrée et de l'état respiratoire, mais elle est également sensible chez un même sujet au cours de la succession des divers entretiens lors de l'hospitalisation, puis lors des consultations ultérieures.

*Mme PHI... Jeanne, 37 ans, hospitalisée pour état de mal asthmatique, est vue en entretien lors de son hospitalisation. A sa demande, nous la reverrons encore plusieurs fois avant son départ. Elle présente une forte tendance dépressive, et cherche à établir avec le médecin une liaison de dépendance. Elle parle volontiers et abondamment. Ses propos sont ponctués de réactions affectives. Elle exprime alors ses sentiments et son histoire personnelle dans toute leur ambivalence, tels qu'elle les ressent. Rejetée par ses parents et placée chez ses grands parents dans son enfance, elle revient dans sa famille contre son gré. Elle adore son père mais lui reproche amèrement de l'avoir abandonnée, alors qu'elle déteste sa mère et qu'elle ne lui pardonne pas d'avoir dominé son père. Tous ses sentiments, à l'égard de son ex-mari, de son ami, de sa fille, vis-à-vis d'elle-même, sont partagés entre l'amour et la haine, le désir et le rejet. Tout en elle est conflit. Cette malade sera revue par la suite plusieurs fois. Au fur et à mesure que son asthme s'améliore, son histoire s'organise dans un ordre qui n'est plus celui de l'affectivité mais un ordre intellectuel, rationalisé. Le contact devient plus froid, plus distant. Très peu de ses problèmes ont changé, mais «à part quelques crises d'asthme de temps en temps», tout va bien... (Observation n° 38).*

Il est donc remarquable de constater que le malade, venu chercher à l'hôpital des soins techniques s'abandonnera à un entretien à visée psychologique pour peu qu'il perçoive une certaine qualité d'écoute. Dans un grand nombre de cas, cette rencontre paraît répondre au désir inexprimé que le médecin prenne en considération plus que le symptôme. C'est ainsi qu'à la faveur de l'hospitalisation, symptôme et maladie, utilisés alors comme mécanismes de défense, ont changé de sens et sont devenus offre de relation faite au médecin. Cette inversion du sens, à l'occasion d'un épisode critique, paraît propre à la maladie asthmatique.

Il est également remarquable de constater combien nombreux sont les malades qui, dans de telles circonstances, font preuve d'un certain «insight». Non pas que celui-ci porte directement sur son propre type de fonctionnement psychique, mais plutôt sur la valeur psychologique de certains événements.

Il serait cependant erroné de croire que tous les malades admettent une participation psychologique à leur maladie. Mais si on leur accorde d'emblée d'écarter ce préalable, ils



accepteront assez volontiers l'entretien, tout en faisant preuve parfois d'une assez grande agressivité.

L'hospitalisation peut donc témoigner d'un mouvement de fuite et de régression, s'assortir d'une demande de prise en charge, mais le désir sous-jacent d'une authentification de la maladie, au profit des bénéfices secondaires qui en découlent, n'est pas à négliger. Aussi, l'ambivalence du malade entre les bénéfices secondaires et la guérison posent le problème de ses possibilités d'accès à celle-ci et de la réalité de son désir. Le bénéfice secondaire le plus typique est l'utilisation de la maladie dans le maintien ou la recherche de relation d'objet narcissique. Dans d'autres cas, le malade aura investi sa maladie qui vient combler son vide. Dans tous les cas, celle-ci lui permet de récupérer une certaine puissance, réelle ou fictive, sur le monde extérieur. Il faudra donc que le malade y renonce pour accepter la guérison.

Le médecin exerçant dans le cadre de l'hôpital paraît bien placé pour assurer le premier temps de ce mouvement, d'autant que l'image du psychiatre y perd les divers préjugés qu'on lui prête, et qu'il est vécu comme l'un des membres d'une équipe soignante. Il est le témoin des épisodes de décompensation - régression, il les permet, et par là lui est attachée une certaine charge affective ainsi que la puissance prêtée aux perfusions de corticoïdes : il représente l'objet d'un investissement narcissique sur lequel le malade a projeté son moi idéal. S'il accepte de jouer ce rôle d'objet narcissique de relais, en le partageant avec la thérapeutique, il lui sera d'autant plus aisé par la suite d'assurer une psychothérapie de soutien ou une relation d'aide.

L'asthme grave devant être traité comme un état de détresse psychologique, la thérapeutique comprendra donc nécessairement une chimiothérapie psychotrope qui se situe dans le cadre d'une polythérapie des divers facteurs intervenant dans la maladie. En aucun cas, chez ces malades, elle ne saurait se réduire à l'administration d'un simple tranquillisant par voie orale. L'hospitalisation doit permettre la mise en jeu de traitements comportant des posologies et des voies d'attaque variées, associant le plus souvent entre eux, de façon variable, tranquillisants, thymo-analeptiques et même neuroleptiques. C'est à ce prix que de telles thérapeutiques, si lourdes puissent-elles paraître à instituer, permettent par la suite une éventuelle diminution de la corticothérapie dont malade et maladie sont devenus tributaires. Comme cette dernière, elles impliquent une estimation précise des différents facteurs en cause, une excellente connaissance des problèmes de tolérance, une surveillance attentive. Cependant, à l'aide d'un arsenal relativement réduit, d'associations médicamenteuses réfléchies, elles pourront obtenir des résultats appréciables, tant sur la maladie que sur son retentissement psychique, résultats suffisants pour que la notion du poids d'un traitement soit reléguée au second plan. L'expérience montre en effet que dans nombre de cas, alors que le choix se plaçait entre corticothérapie et psychotropes, ces derniers ont assuré une régression du symptôme et un meilleur confort du malade, à court et à long termes.

Ainsi, l'hospitalisation elle-même n'est plus conçue comme le moment du traitement d'un symptôme, et la notion du type «faire tourner un service» disparaît au profit d'une meilleure efficacité thérapeutique à long terme. Il faut pour cela que le médecin accepte de temporiser son désir de «toute puissance», qui s'exprime le plus souvent dans des conduites thérapeutiques brèves et massives dont il s'abuse autant que le malade mais qui lui permettent d'éviter les aspects plus obscurs de la maladie. L'hôpital y trouve, avec la meilleure de ses significations, une dimension tout autre.



## CONCLUSIONS



- L'asthme constitue une maladie polymorphe et déroutante. De multiples tentatives d'approche en ont été faites, tant dans le sens de l'explication que de la compréhension. La disparité des résultats obtenus, en dépit de concordances certaines, ne saurait satisfaire.

- Notre propos est, en partant d'une étude clinique portant sur un nombre de cas suffisant et constituant une population homogène (asthmes graves de l'adulte), de remonter à la véritable valeur des éléments actuels et anamnestiques.

- L'étude des éléments historiques et psychologiques de l'enfance du malade caractérisés par l'importance des milieux familiaux pathogènes de la dépendance du malade à une image parentale idéalisée, les conduites d'apparence névrotique mais souples et diverses, sans aspect pathologique franc,

les éléments psychologiques déterminant les épisodes critiques, montrent que la maladie asthmatique ne s'intègre pas dans un cadre névrotique mais est au service d'une personnalité toute entière dominée par la dialectique du donner-recevoir et du tout ou rien.

- C'est le concept de narcissisme qui intègre chacun des éléments étudiés dans un ensemble explicatif et compréhensif cohérent, et si son rôle dynamique et économique n'est pas l'apanage de cette affection, il constitue cependant la clef du devenir de l'asthme grave. L'enfance de l'asthmatique a abouti à une prévalence du narcissisme aux dépens des pulsions. Essayant de combler son sentiment d'incomplétude face à un idéal du moi démesuré, l'asthmatique établit une relation d'objet narcissique dont l'altération, ainsi que celle portant sur l'image qu'il a de lui-même, seront source d'épisodes de décompensation pouvant faire basculer la maladie dans l'état de gravité.

De même, les facteurs psychologiques déterminant les épisodes critiques aboutissent tous à une frustration narcissique. Ainsi, la crise d'asthme étant considérée comme un épisode régressif, cette régression n'a pas la valeur symbolique d'un appel à la mère, mais d'une nostalgie liée au stade de narcissisme primaire tout puissant, anobjectif et aconflictuel.

- L'hospitalisation, témoignage d'une double décompensation respiratoire et psychologique, constitue un moment privilégié de la maladie : elle correspond à une désintégration transitoire de l'organisation psychosomatique, s'accompagnant de la résurgence d'un matériel psychologique remarquablement riche. Ce moment se révèle donc particulièrement opportun à l'établissement d'une psychothérapie de soutien. La relation qui s'établit alors permet au médecin de prendre un rôle d'objet narcissique de relais, qu'il partage avec la thérapeutique psychotrope nécessairement associée.

Le Président de la Thèse :

*Paul F. Guard*

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Alexis-Carrel

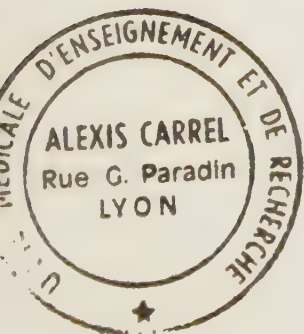
VU et permis d'imprimer

LYON, le 1<sup>er</sup> 1972

Le Premier Vice-Président  
de l'Université, Président du Comité  
de Coopération Médicale,

*C. Gilod*  
Professeur C. GILOD

*R. Touraine*  
R. TOURAINE





## BIBLIOGRAPHIE



- 1 - ALBY J.M., WOLFROMM R. Allergie respiratoire.  
Encyclopédie Médico-chirurgicale  
Psychiatrie - **3** - 37 440 A <sup>10</sup>
- 2 - ALEXANDER F. La médecine psychosomatique.  
PBP - Payot - Paris 1967
- 3 - ALEXANDER F. Principes de psychanalyse.  
PBP - Payot - Paris 1968
- 4 - BALINT M., BALINT E. Techniques psychothérapeutiques en médecine.  
Payot - Paris - 1966
- 5 - BAUDUIN A. Le père du garçon asthmatique.  
Psychologie Médicale - 1971 - **3** - 6 - p. 741-751
- 6 - BOSS M. Introduction à la médecine psychosomatique.  
Presses Universitaires de France - Paris - 1959.
- 7 - BRISSET C. Hystérie et pathologie psychosomatique.  
Revue du Praticien - 1964 - **14** - 11 - p. 1459-1470
- 8 - CAIN J. Psychisme et allergie.  
in PASTEUR VALLERY-RADOT, WOLFROMM R., CHARPIN J., HALPERN B.N.  
- Maladies Allergiques  
Flammarion - Paris - 1963
- 9 - CHAPON A. Etude psychophysiologique d'une population d'allergiques.  
Thèse - Lyon - 1970
- 10 - COSNIER J. Les névroses expérimentales.  
Seuil - Paris - 1966
- 11 - DAVID A. La cybernétique et l'humain.  
Gallimard - Paris - 1970
- 12 - DURAND C., RACAMIER P.C. Les crises et la chronicité, étude différentielle des facteurs  
psycho-affectifs  
Psychosomatique et Chronicité  
Maloine - Paris - 1964.
- 13 - EY H. Etudes n 6 et n 7  
in Etudes Psychiatriques  
Desclée de Brouwer - Paris - 1948
- 14 - EY H., BERNARD P., BRISSET C. Médecine psychosomatique.  
in Manuel de Psychiatrie  
Masson - Paris - 1970
- 15 - FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité  
Idées - Gallimard - 1968
- 16 - FREUD S. Au delà du principe de plaisir  
in Essais de psychanalyse  
Payot - Paris - 1965



- 17 - FREUD S. Deuil et Mélancolie  
in Métapsychologie  
Idées - Gallimard - Paris 1969
- 18 - GARMA A. La psychanalyse et les ulcères gastro-duodénaux.  
Presses Universitaires de France - Paris 1957
- 19 - GOLDSZAL G. La régression à l'hôpital général.  
Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale  
1969 - **11** - 4 - p. 493-513
- 20 - GRUNBERGER B. Le narcissisme.  
Payot - Paris - 1971
- 21 - GUYOTAT J. La relation d'objet du déprimé et ses modifications sous l'influence du  
traitement par les médicaments anti-dépresseurs.  
4e Congrès Mondial de Psychiatrie  
Excerpta Médica Foundation - 1966 - **1** - p. 483-488
- 22 - HELD R. De la psychanalyse à la médecine psychosomatique.  
Payot - Paris - 1968
- 23 - HELD R. Etude psychologique et psychiatrique des asthmatiques.  
La Revue du Praticien - 1969 - **19** - 8 - p. 1122-1133
- 24 - HELD R. L'univers affectif du malade chronique.  
Psychosomatique et Chronicité  
Maloine - Paris - 1964
- 25 - HENOCQ E. Inter-relations psycho-allergiques.  
La Clinique. 1970 - 666 - p. 363-369
- 26 - HOLLANDE C., SOULE M. Répétition et instinct de mort.  
Revue Française de Psychanalyse - 1970 - **34** - 3 - p. 373-406
- 27 - KELLY E., ZELLER B. Asthma and the psychiatrist.  
Journal of Psychosomatic Research - 1969 - **13** - p. 377-395
- 28 - KOURILSKY R. Psycho-physiologie de l'allergie.  
Revue de Médecine Psychosomatique - 1965 - 7 - 229
- 29 - KOURILSKY R. Etude expérimentale du rôle prédominant du conflit de frustration dans  
l'évolution de l'asthme.  
Bulletin de l'Académie de Médecine - 1970 - **154** - 21-22 - p. 499-510
- 30 - KSENSEE D. Réflexion sur le terme de structure en psychiatrie.  
Concours Médical - 1971 - **93** - 18 - p. 3361-3365
- 31 - LABORIT H. L'agressivité détournée  
10-18 - Union Générale d'Editions - Paris 1970
- 32 - LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. Vocabulaire de Psychanalyse.  
Presses Universitaires de France - Paris - 1968
- 33 - LAPLANCHE J. Vie et mort en psychanalyse  
Flammarion - Paris - 1970



- 34 - LORAS O. Asthme, angoisse du souffle. Conception nouvelle et guérison psycho-thérapeutique.  
Editions du Rhône - Lyon - 1961
- 35 - MARTY P., M'UZAN M., DAVID C. L'investigation psychosomatique.  
Presses Universitaires de France - Paris - 1963
- 36 - MARTY P. La relation objectale allergique.  
Revue Française de Psychanalyse - 1958 - **22** - 1 - p. 5-35
- 37 - MARTY P. Notes cliniques et hypothèses à propos de l'économie de l'allergie.  
Revue Française de Psychanalyse - 1969 - **33** - 2 - p. 243-253
- 38 - MEYRICK R. Aspects of Asthma.  
Proceedings of the Royal Society of Medicine  
1969 - **62** - p. 1007-1008
- 39 - NACHT S., HELD R. Maladies psychosomatiques.  
Revue de Médecine Psychosomatique - 1962 - **39** - 2
- 40 - OSWALD N.C., WALLER R.E., DRINKWATER J. Relationship between breathlessness and anxiety in asthma and bronchitis : a comparative study  
British Medical Journal - 1970 - 2 - p. 14-17
- 41 - PANKOW G. L'homme et sa psychose.  
Aubier - Montaigne - Paris - 1969
- 42 - PAVLOV I. Réponse d'un physiologiste à des psychologues.  
Psychological Review - 1932 - **39** - 2
- 43 - PELLET J., COTTRAUX J. Champ psychomatique, approche psychosomatique, maladie psychosomatique.  
Cahiers Médicaux Lyonnais - 1969 - **45** - 18 - p. 1965-1983
- 44 - PIERLOOT R.A., VAN ROY J. Asthma and aggression.  
Journal of Psychosomatic Research  
1969 - 13 - p. 333-337
- 45 - REES L. Trends and issues in psychosomatic medicine.  
4e Congrès Mondial de Psychiatrie  
Excerpta Medica Foundation - 1966 - **1** - p. 563-565
- 46 - RESH M.G. Asthma of unknown origin as a psychological group.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology  
1970 - 35 - p. 429
- 47 - ROUART J. «Agir» et processus psychanalytique.  
Revue Française de Psychanalyse - 1968 - 5 - 6 - p. 891-988
- 48 - SCHILDER P. L'image du corps.  
Gallimard - Paris - 1968
- 49 - SCHMITZ B., LANTERI-LAURA G. L'abord psychosomatique en pathologie respiratoire.  
Evolution Psychiatrique - 1958 - 1 - p. 71
- 50 - SOULE M. L'Asthme infantile, problème de psycho-pédiatrie.  
Médecine Infantile - 1966 - 2 - p. 187-196



- 51 - SPITZ R.A. De la naissance à la parole.  
Presses Universitaires de France - 1968
- 52 - STEVENSON I. Physical symptoms occurring with pleasurable emotional states.  
American Journal of Psychiatry  
1970 - 127 ; p. 175-179
- 53 - UEXKULL T.von. La médecine psychosomatique.  
Gallimard - Paris - 1966
- 54 - VALABREGA J.P. Les théories psychosomatiques.  
Presses Universitaires de France - 1954
- 55 - VALABREGA J.P. Problèmes de théorie psychosomatique.  
Encyclopédie Médico-chirurgicale  
Psychiatre - **3** - 37400 C<sup>10</sup>
- 56 - WIENER N. Cybernétique et société.  
Editions des Deux Rives - 10 - 18 - 1962



## TABLE DES MATIERES

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                 | 2  |
| ASTHME ET PSYCHOSOMATIQUE .....                    | 4  |
| - Les théories explicatives mécanistes .....       | 6  |
| - Les théories explicatives psychanalytiques ..... | 9  |
| - Apport de l'analyse existentielle.....           | 12 |
| - Chronicité et hospitalisation.....               | 13 |
| APPORT PERSONNEL.....                              | 15 |
| - Matériel et méthodes.....                        | 16 |
| - Résultat des tests projectifs .....              | 19 |
| - Tableaux des observations .....                  | 22 |
| - Trois observations .....                         | 33 |
| - Aspects critiques .....                          | 37 |
| PSYCHOLOGIE CLINIQUE .....                         | 38 |
| - De l'enfance à la maladie.....                   | 39 |
| - Les conduites et les crises.....                 | 43 |
| - La personnalité.....                             | 46 |
| PATHOLOGIE DU NARCISSISME .....                    | 49 |
| - Notion de narcissisme.....                       | 50 |
| - Asthme et narcissisme .....                      | 52 |
| HOSPITALISATION ET ASPECTS THERAPEUTIQUES .....    | 56 |
| CONCLUSIONS.....                                   | 61 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                | 63 |





